

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
A CONSTRUÇÃO DE UM PODER CAPTURADO**

EMILIA MARIA DE ANDRADE CORREIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva - área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

C824 Correia, Emilia Maria de Andrade.

Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado / Emilia Maria de Andrade Correia. – 2008.

140f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Pessoal da saúde pública – Teses. 2. Serviços de saúde comunitária – Teses. 3. Poder (Filosofia) – Teses. 4. Cuidados primários de saúde – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social

Agente Comunitário de Saúde: a construção de um poder capturado

Autor: Emilia Maria de Andrade Correia

Aprovada em _____ de _____ de 2008.

Banca examinadora:

Prof.. Dr. Ruben Araujo de Mattos (orientador)
IMS-UERJ

Prof.^a Dr^a Jane Dutra Sayd
IMS-UERJ

Prof.. Dr. Gustavo Corrêa Matta
EPJV- FIOCRUZ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
IMS/UERJ

Dedico esta dissertação:

*A meu pai, in memoriam,
para quem só o conhecimento era capaz de libertar.
Fonte de inspiração, ele proferia uma quase epígrafe:
“Se quiseres conhecer um homem, dá poder a ele”.*

*À minha mãe,
pois foi com ela que eu compreendi o que é
o cuidado como forma de ser no mundo.*

*E a meus filhos, Luiza e Mateus,
para quem este trabalho deverá ser
exemplo de perseverança,
dedicação e superação.*

AGRADECIMENTOS

São tantas as pessoas a quem eu devo agradecer a conclusão de mais esta etapa da minha vida, que eu aproveito para me desculpar com os que por ventura eu não mencionei nominalmente.

Aos meus pais, José e Maria, a quem eu devo tudo. Sempre presentes, eles foram referência de dedicação, caráter e amor incontestes.

À minha filha Luiza, por ter dividido horas de aflição e insegurança, suportando minhas ansiedades e os muitos momentos de ausência, sempre com palavras de confiança no meu êxito.

Ao meu filho Mateus, pelas palavras de “estímulo lusitano”, provocação que demonstra fé na minha superação.

À amiga Lilian Krakowski, por ter vislumbrado neste desafio novos horizontes na busca da auto-estima.

À chefia do CSEGSF, em nome de Antônio Sérgio e Else, que facilitaram a realização deste objetivo, permitindo o afastamento temporário de minhas atividades junto às minhas crianças.

Ao meu amigo Marcos B. Vianna, companheiro de todas as horas, sempre com o entusiasmo de quem trabalha na atenção à saúde com amor pelo ser humano.

Aos professores do Instituto de Medicina Social, pelo convívio agradável e a formação sólida. Com alguns eu aprendi muito mais do que as disciplinas costumam dar; com Kornis, aprendi a firmeza da oratória; com Ana Maria Campos, sobre o desprendimento daquilo que é desnecessário à natureza humana; com Sula, sobre a competência pragmática; com Kenneth, entendi que a autoridade cognitiva pode ser doce; e com Jane Sayd, aprendi que a narrativa pode ser ao mesmo tempo autêntica e generosa.

Às “meninas” da Secretaria Acadêmica, sempre dispostas a colaborar.

Ao meu orientador Ruben Mattos agradeço a confiança de permitir vôo livre na direção da autonomia.

Aos meus colegas de turma de mestrado e aos outros tantos do doutorado, pelo convívio solidário, aprendizagens da politicidade do cuidado em saúde.

À amiga recente e perene Leila Senna Maia, por toda a dedicação dispensada, seja nas noites de estudo e na revisão do texto da qualificação, seja no pronto

juízo do comitê de ética em pesquisa, na perspicácia da observação do trabalho de campo, enfim, do início ao fim deste percurso. Sem sua parceria desprendida eu não teria conseguido.

Aos amigos Gustavo Matta e Kenneth C. Junior, membros da banca de qualificação, agradeço a determinante colaboração.

À Marina Fernandes e à Malu Resende, pelas respectivas transcrição das gravações e revisão lingüística do texto final, pelo exemplo de competência e compromisso.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde, pela oportunidade de sonhar com a socialização do conhecimento emancipador, mas especialmente aos de Manguinhos, solidários na construção deste sonho meu – trabalhar a favor da justiça social para todos os brasileiros.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
1. DE “PESSOAL AUXILIAR” AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	06
1.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICO-POLÍTICA DA FORMAÇÃO DO SUJEITO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	06
1.2. EM TEMPOS DE GUERRA: A FOCALIZAÇÃO DA SAÚDE PRÉ-ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	07
1.3. AVANÇOS CRITICÁVEIS E RECUOS CONDENADOS: A POLÍTICA DE SAÚDE DA DÉCADA DE 1960.....	08
1.4. AMPLIAÇÃO DE COBERTURA INSTITUCIONALIZADA E OS VENTOS DESENVOLVIMENTISTAS.....	12
1.5. CUIDADOS BÁSICOS EM LUGAR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: AMPLIAÇÃO OU FOCALIZAÇÃO?.....	17
1.6. A CRISE POLÍTICO-ECONÔMICA IMPULSIONANDO AS TRANSFORMAÇÕES NA DIREÇÃO DESEJADA.....	20
1.7. A RESISTÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE AMBICIONADO VERSUS O CONTEXTO DESFAVORÁVEL.....	23
1.8. NA CRISE DE SOBREVIVÊNCIA, A ALTERNATIVA DE AMPLA PARTICIPAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE.....	25
1.9. PACS – O BRAÇO REVITALIZADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.....	28
1.10. ACS – O PROTAGONISMO DA ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	33
1.11. GRANDES POPULAÇÕES – EXTRAORDINÁRIOS OBSTÁCULOS.....	39
2. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	42
3. O CENTRO DE SAÚDE GERMANO SINVAL FARIA E O PSF.....	62
4. QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	79
4.1. SUJEITOS DO ESTUDO.....	81
4.2. GRUPO FOCAL: UMA NARRATIVA.....	85
5. ANALISANDO SENTIMENTOS E AÇÕES.....	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
BIBLIOGRAFIA.....	i
ANEXOS.....	xi

RESUMO

A política de Atenção Básica à Saúde no Brasil, revitalizada pelo Ministério da Saúde, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização. Ancorada no trabalho em equipe multidisciplinar, na vinculação de compromissos e na coresponsabilidade da atenção às famílias, esta estratégia pretende reformular o modelo de atenção à saúde. Isto significa ultrapassar a tradicional assistência institucionalizada que prioriza a tutela para ir na direção da atenção à saúde, o cuidado sendo capaz de gerar a autonomia dos indivíduos.

O Agente Comunitário de Saúde, integrante da equipe, é o sujeito do povo facilitador da interlocução entre o saber científico e o saber popular. Depositário de poder transformador, ele tem nas suas funções de educação e promoção de saúde o instrumento para a disseminação de conhecimento emancipatório, promotor de autonomia, com possibilidades de desconstrução de assimetrias de poder, além de, nas suas atribuições de vigilância em saúde, operar o cuidado como essência humana. Entretanto, esse novo profissional de saúde tem sua identidade construída em uma determinada realidade, resultado das normas e das regras instituídas na organização dos serviços de saúde, o que se soma às relações que se estabelecem entre os trabalhadores da saúde e os mais distintos grupos sociais.

Esta dissertação consiste em um estudo de caso que encontra razão na observação da forma com que os ACSs das Equipes de Saúde da Família de Manguinhos (Rio de Janeiro) contribuem para a atenção à saúde; nela, o cuidado emancipador promove a desconstrução de desigualdades. Esta é uma pesquisa de origem qualitativa que obteve, através da técnica de grupo focal, seu material de análise de conteúdo. Utilizando a categoria analítica “o agente cuidador”, identificamos as seguintes categorias empíricas: “o agente tem que ser paciente”; “o agente sentindo-se excluído”; “o agente é dono da chave da porta”. Diante do material analisado, pudemos observar que os agentes de Manguinhos adotam a “paciência de saber escutar” como ferramenta tecnológica leve nas suas valises relacionais, o que lhes permite agir em direção ao acolhimento, além da “paciência perseverante”, utilizada diante das muitas dificuldades reveladas por eles.

Ainda na dinâmica relacional, observamos que os ACSs alternam sentimentos de exclusão e inclusão diante de determinados grupos sociais. Entretanto, o sentimento de exclusão é potencializado, a nosso ver, pela estigmatização social sofrida por serem moradores de comunidades submetidas a todo tipo de violência. Enquanto facilitadores da entrada dos usuários no sistema de saúde, observamos um monopólio da assistência à saúde que não concorre para transformações da produção do cuidado em saúde, e que são verificadas nas tensões características de ações na forma de ajuda-poder, revelando um dos mecanismos utilizados pelos ACSs no seu reconhecimento sócio-ocupacional.

Acreditamos que, embora esta dissertação seja um estudo de caso, é possível estabelecer analogias com as ESFs de metrópoles brasileiras. Neste sentido, somente a formação técnica do ACS baseada na problematização dos temas levantados poderá superar ações mantenedoras de assimetrias de poder. Devem ser ultrapassadas metodologias que reforcem o lugar social do ACS no último nível da hierarquia da divisão do trabalho em saúde. Apenas desta forma será possível impedir a captura dos ACSs por poderes hegemonicamente institucionalizados. Então, e só então, será possível veicular um saber emancipador, construtor de autonomias, mitigador de desigualdades, no qual a utopia tornar-se-á realidade.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, atenção básica, poder, cuidado em saúde.

ABSTRACT

Brazil's Basic Healthcare policy, that has been revitalized by the Ministry of Health, has elected Family Health as its strategic priority. Grounded in the work of a multidisciplinary team, with firm commitments and co-responsibility in family care, the aim of this strategy is to reformulate the prevailing healthcare model. This means going beyond the traditional institutionalized assistance that prioritizes tutelage, towards establishing a kind of care that is able to generate individual autonomy.

The Community Health Agent, the so called Agentes Comunitários de Saúde (ACS) who is part of this team, is the person – often from a poor background - who acts as facilitator of the interlocution between scientific and popular knowledge. Endowed with transformational power, his functions of educator and promoter of health give him the wherewithal to disseminate the emancipatory knowledge that promotes autonomy and can deconstruct the asymmetries of power besides, through his health supervision attributions, dispensing care as something essentially human. However, the identity of this new health professional is constructed in a specific reality determined by the norms and rules instituted in the organization of health services, in addition to the relations established between health workers and a broad array of social groups.

This dissertation consists of a case-study of the way the ACS of the Manguinhos (Rio de Janeiro) Health Teams contribute to healthcare: in this work, emancipatory care promotes the deconstruction of inequalities. It is a qualitative study that obtained its content analysis material through the focal group technique. Using the analytical category of “the caring agent” we identified the following empirical categories: “the caring agent has to be patient”; “the agent feels excluded”; “the agent is the owner of the door key”. Analyzing the material, we were able to observe that the Manguinhos agents adopt the “patience of knowing how to listen” as a light technological tool in their relational suitcases, which enables them to act in a caring way, together with a “persevering patience” that is used when facing the many difficulties revealed by them.

Also in the sphere of relational dynamics, we observed that ACSs alternate feelings of exclusion and inclusion in determined social groups. However, in our view, the feeling of exclusion is increased by the social stigmatization they suffer as residents of communities that are submitted to all kinds of violence. As facilitators of the entry of users to the health system, we observed a monopoly of health assistance that does not contribute to transformations of the production of healthcare and that can be verified in the characteristic tensions of actions of the power-help kind, revealing one of the mechanisms used by the ACSs to establish their socio-occupational identity.

We believe that, although this dissertation is a case-study, it is possible to establish analogies with the FHTs (Family Health Teams) the so called Equipes de Saúde da Família (ESF) of Brazil's major cities. Thus only a technical training of ACSs based on the problematization of the themes analyzed in this study will enable them to go beyond actions that merely maintain power asymmetries. Methodologies that reinforce the social position of at ACSs the lowest level of the division of health service labor hierarchy must be abandoned. Only in this way will it be possible to prevent the capture of ACSs by institutionalized hegemonic powers. Then, and only then, will it be possible to transmit knowledge that emancipates, constructs autonomies and mitigates inequalities, thus enabling utopia to become a reality.

Keywords: Community Health Agent, Basic Healthcare, power, healthcare.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AIS: Ações Integradas de Saúde

AP: Área Programática ou Área de Planejamento

APS: Atenção Primária em Saúde

BIRD: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento

BNDES: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPs: Caixa de Aposentadorias e Pensões

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCPL: Cooperativa Central dos Produtores de Leite

CECAN: Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição

CF: Constituição Federal

CHP2: Conjunto Habitacional Provisório 2

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIDA: Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional

CIT: Comissão Intergestora Tripartite

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CMS: Conselho Municipal de Saúde

CNBB: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS: Conselho Nacional de Saúde ou Conferência Nacional de Saúde

COEP: Comitê de Entidades Públicas no Combate à Fome e pela Vida

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP: Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COOTRAN: Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos de Manguinhos

COPLAN: Comissão do Plano da Cidade

COPPE: Coordenação de Pós-graduação de Engenharia da UFRJ

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CSEGSF: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

DAB: Departamento de Atenção Básica
DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEOPE: Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde
DLIS: Desenvolvimento Local e Integrado e Sustentável na área de Manguinhos
DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública
DPPAS: Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde
DST-Aids: Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
EMBRATEL: Empresa Brasileira de Telecomunicações
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública
ESBs: Equipes de Saúde Bucal
ESF: Estratégia Saúde da Família
ESF ou ESFs: Equipes de Saúde da Família
FENSP: Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública
FINEP: Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC: Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
FNS: Fundação Nacional de Saúde
GEL: Grupo Executivo Local
GF: Grupo Focal
GDIHS: Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman
GM: Gabinete do Ministro
GPAB: Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE: Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal
IAPs: Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQV: Índice de Qualidade de Vida
LOS: Lei Orgânica da Saúde

MEC: Ministério da Educação
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
NUDEQ: Núcleo de Dependência Química
NUPNS: Núcleo de Práticas Naturais em Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
PAB: Piso da Atenção Básica
PAB-A: Piso da Atenção Básica Ampliado.
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARES: Programa de Apoio à Reforma Sanitária
PAS: Programa Agentes de Saúde
PASI : Programa de Atenção à Terceira Idade
PEC: Programa Governamental de Extensão de Cobertura
PIASS: Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNACS: Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PND: Plano Nacional de Desenvolvimento
PREV-SAÚDE: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF: Programa de Saúde da Família.
RPM: Refinaria de Manguinhos
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde
SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEBRAE: Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS: Sistema Local de Saúde
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SNAS: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SPS: Secretaria de Políticas de Saúde

SUDS: Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFF: Universidade Federal Fluminense

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTGSF: Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria

VD: Visita Domiciliar

WHO: World Health Organization

INTRODUÇÃO

O saber nos confere poder.
O saber e o poder nos
levaram à Lua e já para fora do
sistema solar.
Mas a serviço de que projeto
de ser humano, de sociedade e de
mundo utilizamos o poder da ciência
e da técnica?
Leonardo Boff

O *Programa de Saúde da Família*, denominado atualmente *Estratégia da Saúde da Família*, é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como central para a (re)organização dos serviços e das práticas da atenção básica, apoiada em diretrizes e princípios consoantes com os do Sistema Único de Saúde (SUS).

A possibilidade de reformulações do modelo de atenção à saúde ancora-se no trabalho em equipe, na co-responsabilização e no vínculo com as famílias assistidas. O programa, ou melhor, a estratégia, opera a favor da modificação da lógica de produção de cuidado em saúde. Neste contexto, o cuidado é tomado como sinônimo de responsabilidade ou zelo (Ferreira Aurélio, 1999) e pressupõe uma relação interativa e solidária em que a ajuda ocupa tanto o espaço da proteção quanto o da opressão. O ato de cuidar, embora considerado um gesto de proteção, de assegurar a vida, os direitos ou a cidadania, também pode subjugar, oprimir e dominar. Neste sentido, a manipulação do cuidado reside em um fenômeno de poder que lhe é intrínseco (Pires, 2004).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) componente das Equipes de Saúde da Família (ESF), como um sujeito nuclear desta estratégia promotora de mudanças, deve ter seu papel e seu perfil discutidos, sem perder de vista poder vir a ser o facilitador de uma transformação pretendida na forma de cuidado. Muitos são os atores sociais desta transformação do cuidar, mas o ACS talvez seja o sujeito

menos impregnado dos vícios advindos da ótica tecnicista hegemônica exercida pelos trabalhadores da saúde. Esta visão segmentadora, burocrata e alienante, que ainda estrutura muitos serviços produtores de assistência, precisa ser transformada em uma outra em que o cuidado perpassa todas as ações em saúde. Cuidado entendido aqui como meio de (re)construção de relações solidárias necessárias e suficientes para desencadear a autonomia dos sujeitos; cuidado visto como atitude de fazer do seu semelhante um sujeito capaz de cuidar de si mesmo, criticamente, consciente de suas escolhas; cuidado que democratiza saberes que conferem autonomia, promovendo a emancipação dos sujeitos – assim chamado cuidado emancipador – no qual as atitudes solidárias para com o outro podem vir a desconstruir assimetrias de poder (Pires, 2001). Em contraposição à manipulação da ajuda-poder que promove assimetrias, o cuidado emancipador instrumentaliza indivíduos em suas atitudes cooperativas de convivência, tendo o cuidado como essência humana (Boff, 2008).

Conclamado elo de ligação ou sujeito de interlocução entre saber popular e saber científico (comunidade e serviços de saúde), o Agente Comunitário de Saúde tem a responsabilidade de nortear suas ações para o zelo que visa garantir um cuidado solidário e emancipador. Entretanto, a sonhada transformação social não pode ter no ACS seu único interlocutor, ao contrário, pressupõe o envolvimento de todos os atores, técnicos ou políticos, gestores desta empreitada, sem esquecer dos cidadãos comuns de uma sociedade tão desigual como a nossa.

Sem “super-heroização” ou “romantização”,¹ os atuais 219.000 ACSs, que cobrem 59% da população brasileira, são atualmente responsáveis sim, por

¹ Dois neologismos criados por J.B.C. Tomaz (2002), referindo-se à tendência percebida em muitos textos sobre o papel dos agentes comunitários de saúde, aos quais são direcionadas tarefas complexas de difícil execução e que não são exclusivas deles, mas sim de todos os envolvidos com a gestão e a execução das transformações pretendidas.

promover um cuidado distinto daquele tradicional, institucionalizado, que prioriza a tutela em detrimento da autonomia dos sujeitos. A capacidade de penetração capilar do ACS é a esperança desta utopia transformar-se em realidade. Suas chaves devem abrir as portas da solidariedade à comunidade e permitir o acesso aos direitos sociais (Nogueira *et al*, 2000), até porque suas ações transcendem às ações de saúde, em uma promoção de diálogos inter-setoriais que representam, em grandes metrópoles, uma tarefa difícil de ser executada. Neste contexto, as metrópoles ou as grandes cidades têm sido um verdadeiro desafio para a implantação e a expansão do programa / estratégia *Saúde da Família*, sendo até hoje tema para discussões nas mais distintas dimensões do problema.

O município do Rio de Janeiro, com seus 6.093.472² habitantes, conta com apenas 146 equipes de saúde da família e 853 agentes comunitários de saúde vinculados a essas equipes,³ e uma cobertura de 28%⁴ da população carioca pelas ESFs, o que revela uma média muito aquém da média nacional de cobertura. Além da baixa cobertura do programa no município do Rio de Janeiro, as ESFs estão distribuídas em áreas da cidade de quase deserto sanitário ou favelizadas com alta concentração populacional, áreas estas destituídas da infra-estrutura básica necessária a uma vida digna, com elevados índices de violência e grandes riscos sanitários. Acreditamos que no contexto descrito, que deverá ser pormenorizado no desenvolvimento deste trabalho, podemos situar as condições específicas (embora análogas a muitas outras comunidades favelizadas das grandes cidades brasileiras) do interesse de nossa investigação.

² Dados do IBGE, estimativa para 2007.

³ Dados atualizados em dezembro de 2007 pelo CNES, distintos da informação fornecida pela prefeitura do Rio de Janeiro que contabiliza 198 ESFs.

⁴ Dados atualizados em novembro de 2007 por DAB / SAS / MS.

Neste sentido, se acreditarmos que a identidade ocupacional do agente comunitário é formada por uma determinada realidade – e esta é o resultado tanto da organização do serviço de saúde que define suas regras, quanto das relações que se estabelecem entre os trabalhadores da saúde e os distintos grupos sociais (Silva, 2002) – veremos que o nosso trabalho apropria-se do interesse por esta formação e pelas conseqüentes responsabilidades no agir / fazer deste agente.

Mais do que interesse acadêmico, tenho uma preocupação cidadã oriunda da responsabilidade enquanto profissional de saúde, consciente do papel de agente das transformações que desejo. Como trabalhadora da saúde institucionalizada, profissional médica-pediatra e observadora privilegiada da implantação de ESFs em uma unidade básica de saúde tradicional na cidade do Rio de Janeiro, inquieta-me a reprodução da atenção à saúde que desconsidera o sujeito capaz de fazer suas próprias escolhas. Assim, assumindo a responsabilidade moral de ser um agente formador de identidades no exercício da atenção à saúde no nível básico, onde deveriam se dar os primeiros encontros dialógicos entre povo e profissionais de saúde, não me furto de indagar em que medida estes últimos contribuem, ou não, para o cuidado na saúde. Nesta dissertação, a preocupação está em investigar de que forma o agir / fazer do ACS reproduz práticas tradicionais e inibidoras da autonomia dos sujeitos, o que implicaria ações de tutela típicas de relação de dominação – redes de dominação provavelmente vinculadas ao poder centralizador das instituições de saúde e de seus discursos científicos organizados em nossa sociedade (Foucault, 2006). Neste contexto, poderia ser configurada então uma dinâmica relacional entre agentes comunitários e suas comunidades caracterizada por uma assimetria de poder – este capturado pelo discurso institucional do cuidado promotor de dominação em detrimento de autonomia e emancipação dos sujeitos.

Esta é a questão principal a que esta dissertação tenta responder. Entretanto, estamos cientes das limitações que podem se apresentar durante o nosso percurso investigativo.

Ao nos aproximarmos de uma linearidade artificial, embora didática, e conscientes de que operamos a historicidade de forma a encadear um determinado tema, decidimos ousar, optando por enfatizar alguns fatos históricos que nos parecem fundamentais. Neste sentido, faremos um percurso em que os sujeitos da comunidade são direcionados a executar ações de saúde pública através de estratégias de incorporação de tecnologias, de modo a ampliar a assistência à saúde da população. Esses atores foram inicialmente chamados de “pessoal auxiliar” (década de 1940) e atualmente são designados de Agentes Comunitários de Saúde. Numa perspectiva histórica, atravessaremos as políticas de saúde impulsionadoras das reformas da atenção primária em saúde no país, resgatadas como fio condutor, mergulhando pontualmente em projetos ou programas locais ou nacionais afeitos ao nosso objeto. Poderemos, assim, determinar o lugar de onde se pretende retratar tanto a indagação quanto a proposta de solução da investigação, para então, esclarecer os métodos utilizados nesta pesquisa.

A descrição e a análise da investigação serão realizadas, após a discussão sobre a metodologia adotada. Por fim, traçaremos algumas considerações, buscando, de forma realista e otimista, sugerir ações no sentido de ampliar a capacidade de transformação da atenção em cuidado através do conhecimento emancipador, que poderá vir a ser a metodologia utilizada na formação do Agente Comunitário de Saúde. Desta forma, esperamos estar contribuindo para que, enfim, a utopia possa transformar-se em realidade.

1. DE “PESSOAL AUXILIAR” A AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A história exige tempo, paciência,
espera, superação de obstáculos e
trabalho de construção.
Leonardo Boff

1.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICO-POLÍTICA DA FORMAÇÃO DO SUJEITO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Quando caracterizamos, na atual política de saúde brasileira, os Agentes Comunitários de Saúde como profissionais de saúde emergentes, não podemos desconsiderar a trajetória histórica e política deste trabalhador *sui generis* (Nogueira *et al*, 2000). A atual inserção ocupacional dos ACSs, após a implantação do *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* em 1991 e do *Programa de Saúde da Família* em 1994, pode ser análoga, de alguma forma, à inserção do “auxiliar sanitário” no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década 1940, época em que o conceito de atenção primária ainda não era de uso corrente. Esta possibilidade de analogia desperta a descrição de um espaço percorrido por este trabalhador da saúde.

De forma a situar o leitor em um percurso histórico de mais de 60 anos, tentaremos condensar a trajetória deste “**sujeito do povo**” (grifo nosso), relacionando-o à história política da saúde pública brasileira. Acreditamos que esta pseudolinearidade possa subsidiar uma análise crítica sobre tal sujeito social, que não é uma invenção nacional nem tão pouco um ator social tão recente.

O contexto da política de saúde brasileira foi caracterizado até o fim do século passado por uma fragmentação entre assistência médica e saúde pública. A primeira era focalizada no indivíduo, sendo de sua própria responsabilidade, e tinha

na medicina liberal e nas instituições religiosas o seu exercício. Já a segunda, preocupava-se com o coletivo da população, e tinha no combate às doenças uma expressão de saúde pública tradicional. Esta dicotomia atravessou o século e evidenciou o caráter dual do sistema nacional de saúde, no qual o tratamento da doença era de caráter individual e a prevenção de doenças tinha um caráter coletivo.

Enquanto o governo federal centralizava no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) a responsabilidade sobre a ampliação das ações coletivas de saúde, a assistência médica estava a cargo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, os famosos IAPs, vinculando o direito à assistência médica individual à inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho.⁵

1.2 EM TEMPOS DE GUERRA: A FOCALIZAÇÃO DA SAÚDE PRÉ-ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em 1942 configurou-se uma parceria entre Brasil e Estados Unidos, a qual resultou na concepção de um serviço pioneiro em nosso país em que a superação da dualidade prevenção e tratamento foi inaugurada. O serviço era focalizado na população (indivíduo e suas famílias) de determinadas áreas onde se extraía matéria-prima necessária à fabricação de produtos estratégicos aos países do Eixo aliado, contra a Alemanha, na Segunda Grande Guerra (Silva & Dalmaso, 2002a).

O então chamado Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desenvolveu um programa de assistência médico-sanitária que executava ações típicas de saúde pública, como controle de doenças contagiosas, higiene pré-natal e infantil, educação em saúde, saneamento de água e dejetos, e até fiscalização de alimentos e ações de assistência médica – inicialmente, no nível ambulatorial e,

⁵ No Rio de Janeiro, todos os hospitais que estão sob a gestão do governo federal, exceção feita aos hospitais universitários, foram antigos hospitais das caixas de pensão, e foram incorporados na década de 1980. Atualmente, passam por sérias dificuldades de ordem estrutural, de gestão e orçamentária.

posteriormente, sem prescindir de leitos hospitalares. O referido serviço era organizado de forma a constituir uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, mas sem articulação com os outros serviços de saúde pública. Institucionalmente era autônomo e vinculado diretamente ao então Ministério da Educação e Saúde. As atividades exercidas pelo SESP representavam a medicina preventiva típica do modelo norte-americano, e ficaram restritas às áreas da região Amazônica e dos estados de Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás.⁶ Seu exercício era praticado por profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e engenheiros), de nível médio (auxiliares técnicos), além de treinar moradores da região para serem **agentes sanitários**, em uma proposta de trabalho integrado (grifo nosso).

Pela superação da dicotomia prevenção e tratamento, pela valorização do que mais tarde chamaríamos de determinantes sociais das doenças, pela utilização de indivíduos comuns treinados para desempenhar ações sanitárias, pelo trabalho em equipe, podemos dizer que estava inaugurado um modo de cuidado que mais tarde seria denominado de atenção primária em saúde (Fausto, 2005).

1.3 AVANÇOS CRITICÁVEIS E RECUOS CONDENADOS: A POLÍTICA DE SAÚDE DA DÉCADA DE 1960

A parceria entre Brasil e Estados Unidos estendeu-se até 1960, quando foi criada a Fundação SESP, vinculada ao então recém-criado Ministério da Saúde (1953) que geria as ações de saúde coletiva através de uma visão de saúde pública tradicional. Já nessa época as discussões sobre a concentração das duas visões de saúde – a preventiva coletiva e a curativa e individual – eram travadas no sentido de unificá-las sob a égide de um único órgão. A abrangência em termos de finalidade

⁶ Áreas de extração de borracha, mica e cristal de rocha, respectivamente, além da construção de ferrovia entre Minas Gerais e Vitória.

da Fundação SESP significava desde a organização e a operacionalização de serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar até a coordenação e a administração de serviços de abastecimento de água em parceria com os municípios, além da formação e do treinamento de pessoal de nível técnico e da colaboração com os órgãos técnicos do MS na resolução de problemas de várias ordens.

Ao destacarmos apenas as ações da Fundação SESP que têm um paralelo com a atual estratégia primordial de reorientação da atenção básica no país, configurada na Saúde da Família, ressaltamos: incorporação das ações médicas às unidades de saúde pública tradicional; trabalho comunitário com abordagem na família de forma integral; adscrição de clientela; visitas domiciliares realizadas por pessoal auxiliar transformado em **visitador sanitário**, com realizações de promoção de saúde, prevenção de doenças e vigilância dos grupos de risco; capacitação de profissionais de nível médio em áreas distintas relacionadas à saúde; organização hierarquizada e regionalizada dos aparelhos de saúde; interferência em outros setores ligados diretamente ao setor saúde, como saneamento básico; educação continuada dos profissionais e integração do docente-assistencial.

Estas atividades foram implantadas em regiões de difícil acesso, longínquas e carentes social e economicamente. Assim, com a experiência metodológica de propagar saúde neste país, a Fundação SESP abriu caminhos para a geração de modelos de atenção à saúde que transformaram a visão de saúde pública no Brasil. Neste sentido, concordamos com a afirmação de que a Fundação SESP foi pioneira em se tratando de atenção primária no Brasil, além de servir de orientação para a prática do *Programa / Estratégia da Saúde da Família* (Silva & Dalmaso, 2002; Fausto, 2005).

Os acontecimentos da década de 1960 foram determinantes para os avanços e os recuos da almejada transformação da política de saúde nacional. Em 1963 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que discutiu as reformas necessárias na direção da universalização da cobertura previdenciária a todos os brasileiros, a integração das ações de saúde em um único ministério – o da Saúde (MS) – e a descentralização de algumas ações para os municípios. Mas em 1964 houve o golpe militar contra o governo eleito pelo voto popular, dando início a um período autoritário voltado para a política de desenvolvimento, a qual privilegiava a acumulação de capital em detrimento de políticas sociais.

A centralização administrativa financeira das políticas de saúde significou o retrocesso dos ideais reformistas, a partir de uma determinação clara voltada para o financiamento do setor privado, em que o modelo médico centrado em ações curativas e o hospitalocentrismo foram estimulados. A focalização das ações na doença substituiria um recente e discreto vigor da amplificação do conceito de saúde.

O investimento no modelo de atenção médica previdenciária foi explicitado pelo governo militar por meio da criação do poderoso Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta instituição unificou todos os diversos institutos previdenciários e aprofundou a segmentação das ações de saúde (1966-67). As práticas de campanhas contra epidemias ou endemias, típicas de saúde pública, continuaram a cargo do MS com financiamento escasso e poder mitigador de decisões sobre os rumos da política de saúde. Para a população de excluídos da Previdência, restava apenas procurar assistência nas instituições filantrópicas representadas, em sua maioria, pelas Santas Casas de Misericórdia.

Este contexto resultou em uma notória insuficiência dos serviços públicos de saúde, com agravamento das condições de saúde da população desassistida pelo sistema previdenciário. Tal cenário foi ainda prejudicado pelas transformações da demografia brasileira, cujo deslocamento das populações rurais em busca de melhores oportunidades de trabalho nas cidades determinou o inchaço das áreas urbanas, que mesmo em franco desenvolvimento são incapazes de absorver no mercado de trabalho o contingente de indivíduos carentes. A consequência deste quadro foi o aprofundamento das desigualdades sociais, principalmente nas grandes cidades brasileiras.

A resistência a esta configuração da política de saúde advém da criação de programas que visam à ampliação de cobertura com uma assistência para ser consumida de forma individual e sensibilizada pela redução de custos (Donnangelo, 1976 *apud* Fausto, 2005).

A chamada Medicina Comunitária teve no modelo americano de medicina preventiva a sua origem, e foi desenvolvida pelos Departamentos de Medicina Preventiva recém-criados pelas escolas médicas brasileiras. Estes programas de integração docente-assistencial também objetivavam a interiorização da prática médica, concentrada nas cidades de grande porte, e propiciavam uma experiência inédita de organização de serviços locais de saúde. Os referidos programas assumiram papel relevante dada a sua disseminação, estimulados por fomentos advindos de convênios firmados com diversas agências internacionais, como a OPAS e a Fundação Rockefeller, entre outras.

A relevância não se limitava ao aumento da assistência à saúde da população desprotegida da periferia das grandes cidades e de algumas localidades das áreas rurais, as quais denunciavam a ineficiência do sistema público de saúde, mas sim

pelo fato de provocarem intensa discussão entre os atores sociais da área da saúde. Não houve, entretanto, consenso entre os sanitaristas, uma vez que esta alternativa não se adequava às ambições de universalização da assistência à saúde, além de abranger uma visão exclusivamente técnica que desconsiderava a determinação social da saúde. Sua lógica, pelo contrário, baseava-se em uma medicina simplificada para as populações desfavorecidas. Ademais, tais programas não mantinham nenhuma articulação com o sistema formal de saúde do Brasil.

1.4 AMPLIAÇÃO DE COBERTURA INSTITUCIONALIZADA E OS VENTOS DESENVOLVIMENTISTAS

Na década de 1970 ocorreu, então, a disseminação desses programas de medicina comunitária, nos quais as ações eram realizadas essencialmente por técnicos e pessoas treinadas de cada localidade, o que levava a uma responsabilização dos sujeitos da comunidade em relação à própria saúde (Fausto, 2005). Os municípios, sensíveis às transformações demográficas, sociais e econômicas, e inspirados nos resultados dos programas de Medicina Comunitária, passaram a implantá-los, contando inclusive com o aumento da aplicação de recursos para esta finalidade.

Para dar conta de tamanha transformação gerencial, começaram a surgir as primeiras secretarias municipais de saúde que, além da ampliação de cobertura do primeiro nível de atenção, também esboçaram uma articulação com outros níveis de assistência à saúde, de acordo com as necessidades de suas populações que crescem desordenadamente. Iniciava-se, assim, um protagonismo dos municípios,⁷ em que o foco do investimento estava nas ações de atenção primária, em uma versão de universalização da oferta de ações preventivas e curativas, como se fosse

⁷ Início do Movimento Municipalista Brasileiro, através de alguns poucos secretários municipais de saúde, com vistas à descentralização de recursos e poder de decisão nesta área da saúde (Muller Neto, 1991 *apud* Fausto, 2005).

um resgate da antiga proposta de integralidade das ações, tão discutida antes da ditadura militar.

No panorama internacional, as discussões giravam em torno das desigualdades econômico-sociais como determinantes das condições de vida das populações, detectáveis tanto entre nações como entre classes de um mesmo país. A superação das desigualdades passou a nortear as propostas de instituições internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Assistência à Saúde (OPAS), em um movimento de ajuda internacional de forma a permitir o desenvolvimento das nações subdesenvolvidas. Esses movimentos propunham programas de infra-estrutura básica, além da ampliação da oferta de serviços públicos de saúde, ampliação esta calcada na atenção primária como mola propulsora de melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, de vida das pessoas. Sobre o desdobramento das iniciativas das instituições internacionais, dedicaremos mais à frente alguns destaques.

Em um outro plano internacional, a ampliação do conceito de saúde para além de ausência de doença, identificando os mais distintos fatores como determinantes da saúde dos indivíduos e das populações, fez surgir um novo conceito, o de promoção de saúde.⁸ A identificação de diversos determinantes sociais do processo saúde-doença – por exemplo, as más condições de saneamento básico e a própria organização dos serviços de saúde em uma determinada região – implicam uma limitação da biomedicina como único instrumento de resolução dos males da saúde que afetam os sujeitos, individual ou coletivamente.

⁸ A promoção da saúde teve sua emergência a partir de relatório do ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde em 1974. O documento conhecido como Informe Lalonde, despertou o reconhecimento internacional sobre o tema, pela sua relevância, tendo sido realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, em Ottawa.

A precariedade e a ineficiência dos serviços públicos de saúde, a intensa procura pelos serviços de assistência médica, que ficavam a cargo do sistema previdenciário, o alto custo das tecnologias médicas, que acarretavam uma crise de financiamento deste sistema, além das recomendações internacionais de ampliação dos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde – através da OMS e da OPAS – foram determinantes na criação do II PND (*Programa Nacional de Desenvolvimento*, 1975-1979), que recolocou a área social no centro do alcance de metas para o crescimento. Com o plano, veio a primeira resposta institucional da política do governo federal: a expansão de cobertura a partir do *Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento* – PIASS (Fausto, 2005).

O PIASS, institucionalizado como *Programa Governamental de Extensão de Cobertura* (PEC), foi um avanço em vários sentidos (Silva, 2002; Fausto, 2005), como veremos a seguir:

- Criado pelo Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA), e coordenado tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério da Previdência, o PEC fez uma tentativa de articulação ambicionada por todos os críticos da política dicotomizada de saúde nacional.
- Como sua implantação pressupunha uma articulação entre os governos estaduais e municipais na área de atenção primária, o PEC acabou por redefinir a política de saúde no sentido da descentralização das ações. Entretanto, vale ressaltar que muitos definem esta proposta como desconcentradora em vez de descentralizadora.
- O PEC tinha como principal característica a inclusão da assistência médica individualizada nas práticas de saúde pública, o que demonstra mais uma superação de dicotomias nas práticas de atenção à saúde.

- Seu principal objetivo era a ampliação da rede assistencial a partir da implantação de novas unidades simples, como postos de saúde, além da absorção de algumas das já existentes em uma integração regional, o que significava o crescimento do alcance coletivo de suas ações.
- Esta rede tinha na ampliação das práticas seu objetivo de maior impacto, pois visava às ações de saneamento básico, incluindo abastecimento de água e remoção de dejetos, com interferência direta em alguns determinantes do processo saúde-doença, uma orientação evidente de interferência inter-setorial, na qual a saúde seria a mola transformadora.
- Direcionou o modelo de atenção, passando a ser a atenção primária a porta de entrada do sistema, o que provocou uma articulação entre as outras categorias de atenção, em uma clara reorientação no sentido da hierarquização dos seus diversos níveis.
- Baseava suas ações na vasta participação da comunidade, fosse no apoio à execução das atividades, fosse no recrutamento para o trabalho no papel de auxiliar, como uma das vertentes norteadoras do programa.

Neste contexto, o programa foi desenvolvido para atender às necessidades das localidades cuja população contava com menos de 20.000 habitantes. A região Nordeste foi eleita a área inicial de abrangência do programa, que depois se estenderia a todo o país (1979). O PIASS foi um programa típico de expansão de cobertura com a utilização de tecnologias simples, uma vez que adotava pessoal auxiliar de forma prioritária, o que refletia exatamente o pensamento das áreas de planejamento econômico e social daquele momento (Rosas, 1981 *apud* Fausto, 2005). Se olharmos atentamente para os destaques dos sentidos deste programa,

poderemos afirmar que eles foram os precursores da proposta de reforma sanitária que orientou a política brasileira, sendo inclusive referidos no texto constitucional como princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1975 foi criado para dar suporte aos projetos e aos programas de expansão de cobertura um programa de capacitação de recursos humanos, no qual foram qualificados em grande escala trabalhadores da saúde dos níveis médio e elementar, o *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde* (Donnangelo, 1976 *apud* Silva, 2001). Mas foi com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), no Cazaquistão, que a expressão “a comunidade tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento e na implementação de seus cuidados com saúde” apareceu como um dos pilares da Atenção Primária em Saúde (Atencion Primaria de Salud, 1978). Por isso, Giffin e Shiraiwa (1986) relacionam a figura de **agente de saúde da comunidade** trabalhando em equipe a de ator social central dos programas de Atenção Primária em Saúde (APS), estes prescritos na cartilha editada pela reconhecida Conferência de Alma-Ata. Foi a partir desta iniciativa realizada em parceria entre OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que a discussão em torno do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou o mundo. A princípio, foi considerada como uma estratégia de expansão de cobertura e como o primeiro nível de atenção em saúde, sem a qual as políticas de saúde não conseguiriam atingir a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000”, acordada na XXX Assembléia Mundial de Saúde (1977). Melhor dizendo, as nações que desejassem alcançar um padrão aceitável de saúde para a sua população em um futuro próximo deveriam adotar os cuidados primários em saúde como meio principal para atingirem esta finalidade.

1.5 CUIDADOS BÁSICOS EM LUGAR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: AMPLIAÇÃO OU FOCALIZAÇÃO?

Mas a APS, conforme preconizada no relatório final da referida Conferência, acabou sendo criticada pela pouca capacidade de implantação, já que a consideraram ampla demais em suas orientações. Logo uma versão seletiva de APS foi difundida e financiada pelas agências fomentadoras Internacionais, dentre elas, a própria UNICEF (Cueto, 2003 *apud* Fausto, 2005).

No Brasil, as críticas aos programas de ampliação de cobertura aqui desenvolvidos, e que já eram feitas pelos atores sociais implicados nesta temática, engrossaram as discussões de que esta concepção de atenção primária ia de encontro à luta iniciada há quase duas décadas. A expressão “medicina pobre para pobres”, que aclarava o sentido desta forma de atenção, foi reprovada principalmente pelos defensores da universalização em todos os níveis de atenção. A partir destes ingredientes, a 7ª CNS (março de 1980) trouxe para discussão o tema “cuidados básicos de saúde”, introduzindo uma expressão que substituiria o termo, já rechaçado, “atenção primária em saúde”, formulando uma nova concepção para a atenção primária.

Foi em meio a toda esta discussão internacional, e já com o sucesso parcial do PIASS no Nordeste, que o Estado brasileiro ampliou este programa para outras regiões do Brasil. Em 1981 o MS, em convênio com a Secretaria de Saúde de Estado (SES) de São Paulo, implantou o programa na região do Vale da Ribeira, que ficou conhecido como projeto *Devale*. Este programa contou com a participação de **agentes de saúde**, selecionados de localidades rurais, que trabalharam em postos de saúde instalados tanto em áreas rurais como na periferia de algumas pequenas cidades.

As ações dos agentes de saúde bem como a implantação do projeto PIASS na região foram campo de investigações acadêmicas que contribuiriam, de forma

pioneira, para as atuais discussões a respeito do protagonismo deste ator social, que já foi chamado de profissional de saúde auxiliar, e que atualmente se intitula Agente Comunitário de Saúde (Silva, 1984).

Com a possibilidade de aprofundar alguns aspectos do agente de saúde da região do Vale da Ribeira, gostaríamos de ressaltar alguns pontos antes de retornarmos à nossa linha tortuosa do tempo. As equipes de saúde do projeto *Devale* iniciaram seus trabalhos fazendo um levantamento das condições de saúde da região e do equipamento disponível, quando elaboraram um relatório que permitiu estabelecer as atividades iniciais. A proposta de ação para os agentes de saúde estava baseada em três vertentes: executar atividades específicas, como curativos, vacinas, primeiros socorros, atendimento a crianças etc.; organizar a comunidade para lutar pela saúde; olhar para os indivíduos de forma global, incorporando uma discussão da relação dos problemas de saúde com as condições de vida daquela gente.

Apesar da surpresa dos moradores, eram eles que indicavam e escolhiam os agentes, depois de definidos os critérios para esta seleção. Eles próprios lembravam as características que deveriam ter: ser responsável, ser maior de idade, saber ler e escrever, ser educado etc. Parecia ser inerente morar no bairro, já que ninguém manifestou esta característica. Na maioria das localidades, a eleição foi secreta e, apesar de existirem candidatos de ambos os sexos, a maioria absoluta dos eleitos foi de mulheres. O nível de escolaridade dos eleitos era maior do que o da média da população e quase todos já desenvolviam algum tipo de atividade comunitária: na igreja, no clube ou em associações de voluntários. Quanto ao treinamento dos agentes, seria realizado pelos próprios coordenadores do projeto e tinha como base duas preocupações, a saber: fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente

de saúde com a comunidade e propiciar a ele os instrumentos necessários para saber trabalhar com os problemas de saúde da comunidade.

Para concluir este mergulho na observação do agente de saúde do projeto *Devale*, Silva (1984) chama a nossa atenção para o fato de que houve um alto índice de prescrições de medicamentos industrializados realizado pelos agentes. Ainda mais surpreendente foi a observação da quase inexistência de orientações na questão da prevenção de doenças e na promoção de saúde, em que a discussão sobre os determinantes sociais das doenças, tão referenciados nos treinamentos, foi quase abolida. Na análise dos dados a respeito do relacionamento dos agentes com os moradores, foi também notável a unidade em torno de um clima de amizade, respeito e confiança mútuos. A conclusão da referida autora foi no sentido de que os agentes desempenharam suas atribuições na dimensão do cuidado (Silva, 1984).

Na seqüência ao PIASS veio o *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE) que, segundo alguns autores, já nasceu morto (Mello, 1977 *apud* Sousa, 2003). Uma avançada reformulação do sistema de saúde com universalização dos cuidados básicos, expansão de serviços públicos, incorporação do sistema previdenciário, em uma visão de rede de atenção integrada hierarquizada, desconsiderou a força dos opositores. E eles vieram de todos os lados: dos interessados pela atenção médica privada, dos interessados pela burocracia da Previdência, e até dos integrantes do movimento sanitário. Estes últimos reclamavam da ausência de discussões com todos os envolvidos na reforma ansiada, decidida em gabinetes dos ministérios da Saúde e da Previdência e do IPEA.

Devemos salientar a importância deste programa, que nunca veio a se concretizar em função de dois aspectos: o primeiro no que concerne à inovação do

termo cuidados básicos em lugar de atenção primária, demarcando a diferença entre um e outro conceito; o segundo diz respeito à direção apontada pelo programa, que ia ao encontro dos princípios de universalização, regionalização, hierarquização, integralidade na atenção, tão caros aos formuladores das reformas pretendidas.

1.6 A CRISE POLÍTICO ECONÔMICA IMPULSIONANDO AS TRANSFORMAÇÕES NA DIREÇÃO DESEJADA

A vacância do PREV-SAÚDE e o agravamento das questões do financiamento da Previdência, devido ao aumento crescente dos custos do modelo médico-hospitalar curativista, promoveram ações no sentido de diminuir os gastos na saúde. Foi criado então o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP) com esta finalidade e logo em 1982 foram instituídas as *Ações Integradas de Saúde* (AIS) com vistas à ampliação da rede pública ambulatorial, no sentido da descentralização das ações. Com isto, estados e municípios puderam experimentar as mais distintas formas de organizar seus serviços de saúde, já que passaram a receber os recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que antes comprava serviços de assistência da rede privada de saúde. Estes entes federativos, assim como estados e municípios, foram influenciados pelas propostas da atenção básica como nível inicial de organização de redes de saúde, mas sem que esmorecesse o foco sobre as diretrizes de universalização, regionalização e hierarquização das ações de saúde. Vale ressaltar que ainda conviviam em um anacronismo quase insuperável serviços orientados pela Fundação SESP, serviços locais de saúde e serviços privados contratados pelo setor público.

As AIS deram então lugar ao Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) com o objetivo de consolidar, através de um amplo incentivo financeiro, a descentralização das ações para os estados que, a partir daí, tiveram a possibilidade

de dirigir suas próprias atividades. Foram incorporados vários conceitos, tais como participação popular e distrito sanitário.

A conjuntura econômica nacional passava por graves turbulências e a distensão gradual da política ditatorial do governo federal havia criado um clima propício às transformações que ora se impunham. E foi na seara da saúde que uma mobilização que teve origem nos anos 60 encontrou a oportunidade de questionar o modelo de atenção à saúde e de promover as transformações em direção aos princípios norteadores de uma nova política de saúde.

Assim, o movimento pela reforma sanitária acabou por impor na 8ª CNS (1986) uma ampla discussão com a representação de todos os setores envolvidos, e o texto final desta conferência representou a orientação para uma reforma sanitária amplificada no sentido dos direitos dos cidadãos brasileiros. Em contraponto à oferta simplificada de serviços de saúde, preconizada pelos organismos internacionais, o movimento pelas reformas ambicionava a universalização da atenção à saúde em todos os níveis.

Para a realização desta reforma seria necessária uma unidade institucional em que todos os serviços prestadores de cuidados estivessem vinculados, superando as dicotomias entre ações preventivas e curativas (Sistema Unificado de Saúde). A responsabilidade sobre os serviços seria descentralizada, de forma que todos os entes federativos pudessem executar suas gestões de acordo com uma definição de competências (**Descentralização**). A articulação entre as unidades de saúde seria estabelecida diferenciando-se alguns níveis de atenção, em que um conjunto de procedimentos seria oferecido em função dos recursos tecnológicos necessários à resolução dos distintos problemas de saúde, estando todos eles à disposição da população (**Hierarquização e Integralidade**). A população teria o

direito de participar da programação e da execução dos serviços de saúde (Luz, 1994 *apud* Fausto, 2005).

A promulgação da Constituição de 1988, após uma longa Assembléia Nacional Constituinte, abarcou em seu texto as proposições da 8ª CNS, em que consta ser a saúde um direito constitucionalmente instituído do cidadão brasileiro, cabendo ao Estado o dever de ofertá-la de maneira igualitária. São preceitos constitucionais: a integralidade, a descentralização e a hierarquização dos serviços ofertados, e também a participação popular no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado constitucionalmente, mas transcorreram quase dois anos até que as leis de regulamentação a ele correspondentes entrassem em vigor, o que causou apreensão quanto à possibilidade de alterações relevantes em seu teor. Como muito bem ressaltou Fausto (2005), naquele momento delicado de negociações que visavam às transformações da política nacional, a preocupação em garantir uma ampla reformulação da política de saúde com diretrizes definidas retirou do centro da questão a atenção primária como orientadora do modelo de atenção à saúde, o que acarretou conseqüências nos anos seguintes à reforma sanitária.

O contexto do período da implantação do SUS referia-se a um MS que pautava as suas ações centradas nas doenças, uma vez que fazia prevenção de grupos de risco e ampliação da rede de serviços locais organizada na lógica da assistência médico-previdenciária, ou seja, atenção individual curativa. Por sua vez, a herança das instituições médico-previdenciárias era a prática de uma medicina curativa também centrada na doença, com alto custo e sem os resultados esperados. Logo, não é difícil concluir que a hegemonia da visão médico-curativa

influenciou a população no sentido da elevação do consumo deste tipo de assistência, principalmente no período pós-reforma.

Desta maneira, com a demanda de serviços de saúde aumentada e uma grave crise de financiamento do setor – consequência da crise de estabilização econômica brasileira – começaram a surgir críticas à viabilidade do recém-nascido SUS. Ao longo do processo de estruturação da pré-reforma sanitária, as instituições públicas de saúde incorporaram atores comprometidos com os princípios que haviam norteado a construção deste sistema de saúde. E estes sujeitos, autores e atores, tiveram papel decisivo no movimento de implantação do SUS, com a perseverança que caracteriza o povo brasileiro.

1.7 A RESISTÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE AMBICIONADO VERSUS CONTEXTO DESFAVORÁVEL

As dificuldades do financiamento e a crítica ferrenha ao modelo hegemônico de atenção poderiam ser argumentos contundentes para a adoção de propostas financiadas pelas instituições internacionais de fomento que sopravam os ventos dos ideais liberais. Eram idéias inspiradas em uma atenção primária que, ao invés de escancararem a porta da atenção à saúde ao universo de indivíduos (universalidade com equidade), entreabriam as portas do cuidado a alguns necessitados (seletividade). Entretanto, como expressou Nogueira em entrevista a Fausto, “esta visão limitada da atenção básica nunca falou ao coração dos brasileiros comprometidos de longa data com a reforma sanitária tão arduamente batalhada” (Fausto, 2005). E apesar de toda a conjuntura de oposição à implementação desta política de saúde atrevida⁹ e sem moldes preexistentes, as transformações

⁹ O SUS, “na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90, se dá em uma conjuntura bastante adversa” (Levcovitz *et al*, 2001).

necessárias à sua implementação vêm sendo conduzidas de forma paulatina até os dias de hoje.

A crítica ao modelo de atenção baseado na medicina científicista e curativa, firmada apenas na determinação da doença por um complexo biologicista, foi ampliada pela resistência a esta interessada visão reducionista. Tal resistência vem expressa textualmente na lei orgânica de regulamentação do SUS (lei 8080/90): “assistência com integralidade”. Em apenas uma das tantas possíveis interpretações para o termo integralidade, podemos observar a amplitude que esta forma de atenção traz para as práticas de saúde. Responder ao sofrimento humano para além do que pode ser relacionado à doença ilustra o que significa a atenção com integralidade (Mattos, 2001). Esta maneira de conduzir a assistência coloca o cuidado na centralidade da questão enquanto uma ação integral no sentido da saúde como um direito de ser (Pinheiro & Guizardi, 2005). Melhor dizendo e parafraseando Boff, a integralidade, expressa enquanto maneira de se praticar a atenção com cuidado, tem a potência de se transformar em uma forma de ser no mundo da saúde (Boff, 2008).

O cuidado é expresso aqui como valor inerente à vida ou se referiria à sobrevivência humana? Digamos que atenção com integralidade poderia significar cuidar do indivíduo com o respeito à sua subjetividade e às suas diferenças, que seguramente serão de toda a ordem.

Ao retomarmos o nosso caminho, que tinha na resistência ao reducionismo uma de suas ações, consideramos que nos anos que se seguiram à criação do SUS os processos de ampliação de cobertura com sinais positivos de resultado – principalmente executados por municípios e estados – foram o mote para a continuidade das transformações das práticas de saúde pretendidas. Mesmo que

alguns programas implantados do MS, ainda no contexto das AIS (como os de Atenção Integral à Mulher e à Criança e os de controle da transmissão das DST-Aids, entre outros), tivessem incorporado sentidos e princípios de integralidade, descentralização e regionalização, eles mantinham um caráter normativo e desconsideravam as singularidades regionais, além de terem resolutibilidade muito baixa.

1.8 NA CRISE DE SOBREVIVÊNCIA, A ALTERNATIVA DE AMPLA PARTICIPAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE

Neste ponto, vamos nos distanciar da linearidade pretendida no início para dar um último mergulho nos movimentos reformistas, agora com ênfase nas transformações das práticas cotidianas, nas quais realmente se dão os encontros de subjetividades. Nesta perspectiva, era premente buscar mudanças com vistas a alterar o grave cenário de desigualdades sociais e sanitárias por todo este país. E apesar das críticas aos programas de atenção primária, relacionadas a uma medicina simplificada de baixo custo, principalmente pela utilização de “pessoal auxiliar” da comunidade para desempenhar as ações técnicas de saúde, surgiu no Ceará, em 1987, um programa que viria a constituir a base da atual reorientação do modelo de atenção à saúde.

Nós já descrevemos que, a partir das AIS da década de 70, muitos projetos e programas foram implantados em alternativa aos modelos de saúde dual, incapazes de atenderem às necessidades sanitárias da população. Um deles, promovido pela Universidade de Brasília e pela Fundação do Serviço Social do Distrito Federal, intitulado *Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina*, além de criar um novo serviço de saúde local, incorporou um outro tipo de auxiliar, o Agente Comunitário de Saúde. Ele inspirou o que veio a ser o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará* (Barbosa, 1981 *apud* Ávila, 2006). Por

iniciativa municipal, em Jucás, no Ceará, surgiram os primeiros agentes de saúde inspirados no modelo implantado em Planaltina, o qual foi logo estendido a 14 municípios do sertão cearense, para depois ser disseminado por todo o estado do Ceará (Ávila, 2006).

No contexto de um novo governo estadual eleito pelo povo e da ocorrência de uma seca de grandes proporções, o *Programa de Emergência* de 1987, em uma inovação nas suas formas tradicionais de ação, recrutou 6.000 mulheres pobres, conhecidas e respeitadas pela comunidade, remunerando-as com um salário mínimo para trabalharem como agentes de saúde. Em um treinamento de três dias, elas seriam capacitadas por um profissional de saúde, que se tornaria responsável pela sua supervisão, em atividades pontuais de atenção primária relacionadas a gestantes e a crianças, tais como: incentivar o aleitamento materno, levar crianças para vacinação, encaminhar gestantes ao pré-natal, além de cuidados de higiene com as crianças.

Com uma avaliação altamente positiva, inclusive com alteração dos indicadores de saúde da região apesar do fim do Programa de Emergência, o governo cearense institucionalizou em 1989 o *Programa Agentes de Saúde (PAS)*. Enquanto programa de universalização de cobertura, e institucionalizado através do Plano de Saúde do Estado do Ceará, ele foi pioneiro no país, sendo financiado, a partir de então, com recursos do tesouro estadual (Minayo, 1990 *apud* Silva & Dalmaso, 2006; Ávila, 2006).

Os agentes de saúde foram selecionados pela Secretaria de Saúde do Estado, e como era exigido deles morar na comunidade em que fossem desempenhar suas atribuições, eles foram eleitos pela própria comunidade com uma destacada valorização da participação popular, além da substituição da tradicional

indicação pessoal interessada em retribuições político-eleitoreiras. A capacitação era feita em 60 dias e ficava a cargo dos municípios, os quais eram obrigados a contratar profissionais de saúde de nível superior para as funções de facilitadores e de supervisores do programa (Sousa, 2003; Ávila 2006).

Os objetivos do Programa estavam voltados para a saúde materno-infantil, e tinham como meta alterar indicadores de saúde, como a mortalidade infantil e materna que era muito elevada, alterando assim a qualidade de vida da população. As ações dos Agentes de Saúde estavam pautadas em visitas domiciliares: para cada agente, pelo menos uma visita por mês a cada família – de 50 a 100 famílias das áreas rurais e de 50 a 250 famílias nas áreas urbanas. Realizariam nas casas orientações básicas para o combate à desnutrição, quando deveriam pesar e medir as crianças menores de 2 anos, e medir também o perímetro braquial das gestantes; forneceriam medicamentos antitérmicos; encaminhariam as crianças para vacinação e as gestantes para fazerem o pré-natal nas Unidades de Saúde próximas; organizariam reuniões na comunidade para discutir sobre saúde; e colaborariam nas atividades realizadas pela própria comunidade, como saneamento básico. Em 1990 já havia quase 3.000 agentes, que davam cobertura a 23,5% da população do estado (Silva & Dalmaso, 2002).

O sucesso da alteração dos indicadores de saúde e principalmente a queda da mortalidade infantil¹⁰ motivaram o UNICEF a reconhecer o PAS e a premiá-lo internacionalmente.

Com a divulgação internacional do impacto social promovido pelo PAS, o MS, em uma conjuntura propícia na qual uma enfermeira sanitaria assumira a Fundação Nacional de Saúde (FNS) demonstrando interesse em trabalhar com os

¹⁰ A queda da mortalidade infantil no Ceará foi de 32% no período de 1986 a 1989. Em 1986 a mortalidade de era de 85/1000 nascidos vivos, tendo caído para 65/1000 nascidos vivos em 1989 (UNICEF *apud* Sousa, 2003).

agentes de saúde, propôs a criação de um programa em nível nacional com os agentes de saúde (Sousa, 2003).

1.9 PACS - O BRAÇO REVITALIZADOR DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Neste contexto, em abril de 1991, numa reunião realizada em Taubaté com o diretor do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde¹¹ e outros atores sociais defensores da proposta, foram apresentados trabalhos dos agentes comunitários de diversos recantos do Brasil, o que motivou a institucionalização de um programa de agentes comunitários de saúde. Foi criada então uma comissão da FNS com representantes técnicos dos estados de Goiás, Pernambuco, Maranhão e Ceará.¹² Em Fortaleza,¹³ foram realizadas várias reuniões, nas quais foi elaborado o projeto original do *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde* (idem).

Inicialmente o PNACS (ainda em 1991), que logo no ano seguinte passou a se chamar PACS, seria desenvolvido na região Nordeste a partir do reconhecimento de que haveria ali um grande impacto em curto espaço de tempo, uma vez que esta área abrigava os piores indicadores sociais do país. Em uma fase posterior, seria expandido para a região Norte e, posteriormente, para todo o país. A meta seria a implantação de 100.000 ACS em todo o Brasil, iniciando-se então pelo Nordeste com um número de 20.000 ACS, o que foi logo redimensionado.

¹¹ Em 1991, em Recife, foi formada a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, com 200 agentes de saúde que trabalham voluntariamente há mais de dez anos executando atividades comunitárias, entre outras, educação em saúde, acompanham o crescimento e o desenvolvimento de crianças, observam continuamente hipertensos e promovem debates comunitários sobre saneamento básico em comunidades carentes. A agente Teresa Ramos representava as agentes em nível nacional (Sousa, 2003).

¹² Estados que já tinham experiência em trabalhar a atenção básica com os agentes comunitários de saúde.

¹³ A escolha da capital do Ceará se deveu ao sucesso notório do PAS.

As experiências desenvolvidas em muitos municípios em que a atenção primária foi implantada, integrando o Agente Comunitário de Saúde aos serviços de saúde, resultaram em uma potencialização dos efeitos de prevenir e mesmo de resolver questões sanitárias, alterando indicadores de saúde das comunidades privilegiadas por suas ações.

A implantação do programa impulsionou o processo de descentralização, através da municipalização, em função das exigências formuladas pelo MS aos municípios, como a criação do Fundo Municipal de Saúde e a existência do Conselho Municipal de Saúde, que deveriam aprovar a implantação do PACS. Este programa foi considerado um alicerce de implementação do SUS, uma nova organização dos sistemas locais de saúde, devido à necessidade de atendimento aos requisitos imprescindíveis ao estabelecimento de qualquer convênio com o MS (Viana & Dal Poz, 2005). Assim, inaugurava-se em caráter nacional um deslocamento do foco de ação: da tradicional abordagem individual para o cuidado da família, já demonstrando mudanças na prática da atenção básica, sendo assim considerado um precursor do *Programa de Saúde da Família* (idem).

Em documento da FNS/MS (Brasil, 1991 *apud* Sousa, 2003), os objetivos do PACS foram explicitados e compartilhados em suas competências por todos os níveis de governo. São eles:

- ✓ “Melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais;
- ✓ “Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para executarem trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados

à população com um grau de responsabilidade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da atenção a saúde;

- ✓ “Garantir o trabalho do Agente Comunitário de Saúde integrado com a equipe da unidade de saúde a que estiver vinculado; e
- ✓ “Fortalecer a ligação entre serviços de saúde e comunidade” (Sousa, 2003; Silva & Dalmaso, 2002).

Em virtude dos objetivos gerais, a execução do PACS não caberia à FNS/ MS, e sim às secretarias estaduais de saúde, que coordenariam a sua ampliação gradativa até que fossem atingidos 100% dos seus municípios – tudo isto com o apoio da Gerência Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, mas com a possibilidade de se fazerem as modificações necessárias em cada região, respeitando-se as suas realidades.

Como muito bem disse Souza, o redesenho do PACS em cada estado compreende a probabilidade de adaptações às realidades locais, mas garante a unidade nacional, como um pacto de solidariedade, em direção a uma nova ética, uma espécie de co-responsabilidade federativa (Sousa, 2003).

Os critérios de seleção dos ACSs do PACS tiveram como base os critérios já adotados no Ceará (no PAS): ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, morar na comunidade há mais de dois anos e trabalhar em regime de 8 horas diárias. Caberia a cada Secretaria Municipal de Educação complementar a escolaridade geral dos ACSs em nível de Ensino Fundamental após a sua seleção. O processo de seleção seria realizado depois de ampla divulgação e mobilização das lideranças comunitárias de cada região, através de prova escrita, na qual os conteúdos observassem atitudes e comportamentos, e de uma entrevista. Com os resultados

claramente divulgados, seria feita a contratação dos ACSs como bolsistas (Sousa, 2003).

Importante sublinhar que para diminuir quaisquer interferências nesse processo de seleção, principalmente para obstaculizar o clientelismo político, a alternativa era um amplo controle social do processo em todas as suas etapas (idem).

O treinamento dos ACSs selecionados ficaria a cargo da Coordenação Municipal de Saúde, que seguiria a orientação do documento editado pelo MS, cuja elaboração teve a participação da coordenação nacional e de algumas estaduais. O documento, intitulado “Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde”, explicita os princípios norteadores do processo de capacitação. Neste sentido, é possível destacar que no capítulo I do documento o título sugere o propósito da capacitação: “O agente comunitário de saúde – um agente de mudança, quatro partes”. E as quatro partes do referido capítulo circunscrevem a centralidade da capacitação. Deste modo, a primeira parte conceitua a saúde e seus condicionantes, assim como os da falta de saúde; a segunda conceitua a vida comunitária e sua relação com a promoção de saúde; a terceira descreve *ipsis litteris* as ações propostas a serem executadas pelos agentes em três eixos fundamentais, a saber: educações em saúde; mobilização da comunidade; atenção ao grupo materno-infantil. Finalmente, a quarta parte enaltece a importância do trabalho do agente diante da comunidade (MS/ FNS/ PNACS, 1991 *apud* Silva & Dalmaso, 2002). O Manual do Agente Comunitário de Saúde, editado em 1991, tinha como principal preocupação o componente político da capacitação, além dos elementos técnicos, é claro.

Os ACSs teriam sempre como supervisor direto um profissional enfermeiro com ações de treinamento em serviço, que teria que disponibilizar pelo menos 20 horas

de sua semana para esta função. Ambos, supervisor e ACS, estariam vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pelo território sanitário.

A propósito da supervisão da enfermagem, não pode passar sem uma nota a repercussão que o programa trouxe para as entidades de enfermagem, que enxergavam um aumento considerável de contingente de pessoas executando ações técnicas de enfermagem sem a qualificação necessária à sua consecução. Foram muitas as discussões, e até hoje o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) resiste ao programa, mesmo tendo assinado na época um acordo com a FNS, no qual esta instituição seria signatária do processo de qualificação para esses novos atores sociais, visando à uniformidade de suas ações de forma eficiente (Sousa, 2003).

Dois fatos marcantes no período da implantação do PACS (ainda em 1991) merecem relevo; um deles tinha uma conotação altamente negativa, enquanto o outro foi um mote para a rápida implantação do referido programa. O primeiro relaciona-se à detecção e à divulgação em toda a mídia brasileira de corrupção nos processos de compra de material essencial ao trabalho dos ACSs. A divulgação maciça de superfaturamento destas compras associou o programa, e os próprios ACSs, à nefasta prática de malversação de dinheiro público. O segundo foi um surto de cólera que acelerou o processo de implantação do programa na região Norte e ampliou a sua expansão na região Nordeste. Os resultados altamente positivos foram corretamente creditados aos ACSs e, com a divulgação na mídia, construiu-se uma reformulação da imagem negativa que o superfaturamento das compras havia criado (Sousa, 2003; Fausto, 2005).

Em 1994 já havia 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, num total de 987 municípios, onde o PACS estava implantado, revolucionando, desta

forma, a atenção básica no país. O coroamento do programa veio através de uma pesquisa realizada por universidades contratadas pelo MS que, numa avaliação qualitativa, enalteceram os pontos positivos relacionados à ampliação de cobertura de vários procedimentos, como vacinação e exames pré-natais, mas também reconheceram a necessidade de aprimoramento da formação e da supervisão dos agentes.

1.10 ACS – O PROTAGONISMO NA ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Foi justamente o reconhecimento de que o PACS ficaria limitado em suas ações, apesar do sucesso obtido, que fez com que em fins de 1993 alguns secretários municipais de saúde – visando buscar recursos para desenvolver transformações na forma de operar atenção básica – e também consultores dos organismos internacionais OPAS e UNICEF organizaram junto ao MS rodadas de discussão sobre o tema "Saúde da Família", com o objetivo de formular propostas inovadoras (Souza, 2001; Viana & Dal Poz, 2005). As discussões introduziram a idéia da incorporação de outros profissionais de saúde para trabalharem junto aos ACSs, em uma proposição de ampliação de possibilidades na orientação do primeiro nível de atenção do SUS (Mattos, 2001).

Nasceu então, em 1994, o *Programa de Saúde da Família* (PSF) como um instrumento de (re)organização do SUS e de municipalização. Nele, o foco era a transformação do modelo de atenção à saúde, a ser efetivado através do trabalho em equipe multidisciplinar, com desempenho de ações de prevenção e promoção de saúde, orientado pela responsabilidade da consolidação de vínculos entre equipe e famílias dentro das próprias comunidades. Não sendo possível desconsiderar neste período o clima de racionalidades econômica, técnica e científica.

O PSF é, assim, o resultado da formulação de Equipes da Saúde da Família (ESFs) compostas pelos ACSs e acrescidas de um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem,¹⁴ podendo esta composição receber outros profissionais em razão de realidades locais distintas. O PSF originou-se do PACS, mas também de experiências pioneiras de atenção médica, com enfoque de atenção à saúde da família, em diferentes cantos do Brasil, com destaque para o Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, o Programa Médico de Família, em Niterói, entre outros (Silva & Dalmaso, 2002).

Estas ESFs estariam vinculadas ao Sistema Local de Saúde (Silos) correspondente, que supervisiona e promove a atualização profissional. Cada equipe é responsável por uma área determinada com uma densidade populacional entre 800 a 1.000 famílias. A equipe deveria residir nessa área de cobertura, mas tal exigência tornou-se impossível de ser atendida, sendo apenas estabelecido que os ACSs fossem residentes na área há mais de dois anos. A partir de sua implantação, o PSF seria a porta de entrada do sistema de saúde, em uma clara (re)valorização da Atenção Básica como estruturadora do sistema de saúde.

Entre os objetivos do PSF, é importante destacar a divulgação do conceito de saúde como qualidade de vida e direito dos cidadãos, incentivados a participar da implantação e do controle do programa; também a prestação de atenção integral a todos os membros da família, de forma humanizada, levando ao conhecimento dessa população as causas que provocam as doenças para, em um movimento conjunto, promover a saúde das famílias (idem).

O programa foi implantado inicialmente em áreas mapeadas pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), aquelas de maior risco social (Mapa da fome), mas exigia

¹⁴ A partir de 2001 foi incorporada à Equipe de Saúde da Família a Equipe de Saúde Bucal (ESB): Tipo I composta por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário. Tipo II composta por cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental.

para o seu estabelecimento o cumprimento de alguns critérios de seleção, como interesse da comunidade, necessidades de saúde na localidade, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico.

No início, a forma de financiamento do programa se deu através de convênio das prefeituras com o MS, que cobrava da administração municipal a existência e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde (assim como foi determinado na implantação do PACS). Já nesse período, as críticas às normas de verticalização e o foco do programa em áreas carentes expressavam a insatisfação dos reformistas que acreditavam ser o programa descaracterizador dos princípios de descentralização e de universalização do SUS. Ao contrário de muitos, Viana e Dal Poz (2005) entendem que esta priorização dos sujeitos mais necessitados seja uma possibilidade de evidenciar a realização de uma política universalista sem conflitos com a urgência da focalização.

Em 1995, com o início da gestão do ministro Adib Jatene, que já tinha realizado uma experiência bem-sucedida em atenção integral em saúde – executada por ele na década de 80 na região metropolitana de São Paulo – o PSF deixou de ocupar a posição marginal em que se encontrava para assumir uma nova vinculação institucional, o que lhe conferiu um explícito fortalecimento. O programa deixou a FUNASA, à qual estava vinculado, e passou para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Esta robustez do PSF expressou-se principalmente na nova modalidade de financiamento, agora através de repasse por produção de consultas, com valor diferenciado daqueles praticados em consultas do modelo da assistência tradicional.

Assim, delineou-se a orientação do MS na adoção desta modalidade de atenção, com estímulo à municipalização através da implantação de um programa que

ganhou vestimentas de (re)organizador do sistema. Mas a explicitação de tal orientação veio com a edição da Norma Operacional Básica / 96 (NOB-96), que criou uma nova modalidade de financiamento da atenção básica: a remuneração *per capita* (lógica do pré-pagamento). A referida norma criou o Piso de Atenção Básica (PAB) em duas modalidades: o PAB fixo, para os municípios que exercessem um elenco de ações básicas, e o PAB variável, para os municípios que o fizessem através de ações específicas que compõem o campo, como o PSF, o PACS, a Vigilância Sanitária, entre outros. Regulamentada apenas em 1998, a NOB-96 foi a grande mola impulsora da expansão do PSF, principalmente em municípios de pequeno porte. Entretanto desde a publicação no diário oficial em 6/11/96, a NOB-96 expressou: “...a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor de conformação de um novo modelo de atenção à saúde..” (MS, 1996:8). Desta maneira, o que já vinha sendo chamado de Atenção Básica assumiu a relevância de carro-chefe na reforma incremental¹⁵ e batizou nessas terras a Atenção Primária em Saúde, distinguindo-se dela com sutileza ideológica. Para além da porta de entrada no sistema de saúde, constitui-se em um nível próprio de atendimento das chamadas necessidades básicas de saúde, ultrapassando as limitações das intervenções curativas individuais (Fausto, 2005).

O Manual para Organização da Atenção Básica, aprovado pela portaria GM /MS/ n° 3925/98, assim a conceitua: “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”, reafirmando assim os fundamentos e os princípios do SUS. Além disto, define o campo de responsabilidades dos gestores municipais neste nível de

¹⁵ Define-se o processo de reforma incremental como um conjunto de modificações no desenho e na operação da política.

atenção, e promove a articulação dos três entes federativos em favor de um mesmo objetivo através da Implementação do Pacto da Atenção Básica.

Em 2000 o Departamento de Atenção Básica (DAB) foi formalmente criado, ficando subordinado à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) que, extinta em 2003, transferiu a vinculação da DAB para a Secretaria de Atenção à Saúde (antes chamada Secretaria de Assistência à Saúde). Todo esse movimento justificou-se em função do objetivo central de elevar o grau de eficiência da atenção à saúde. A vinculação dos serviços de saúde com a população brasileira, através da co-responsabilização em um espaço populacional delimitado, superou a antiga incumbência dos serviços de saúde local para com o seu território sanitário.

A superação da assistência curativa baseada na racionalidade cientificista médica, limitada em seus resultados, trouxe para o centro destas pretensas transformações as potencialidades da equipe multiprofissional. A abordagem da família como núcleo formador de sujeitos e suas características singulares superaram também a abordagem tradicional individual, possibilitando uma compreensão de dinâmicas sociais até então desconsideradas. Também a ampliação do conceito de saúde e o destaque dos seus determinantes sociais angariaram a promoção de saúde para o núcleo das ações, elevando a inter-setorialidade a um patamar de essencial. A promoção e a prevenção da saúde promovidas pelo programa deslocaram a assistência individual do doente, numa tentativa de reverter a lógica médico-hegemônica (Franco & Merhy, 2000 *apud* Fausto, 2005).

Mas é a integralidade da atenção, a nosso ver, o objetivo de maior potencial transformador de práticas que estabeleçam eficiência ao ambicionado cuidado em saúde. Esta palavra polissêmica – integralidade – encerra vários sentidos e

direções, mas que partem de um único lugar: o da ruptura de uma realidade que se quer ultrapassar. Como muito bem foi teorizado por Mattos, os diversos sentidos, aos quais se atribuem esta forma de construir novas realidades, serão enfim capazes de superar as diversas reduções a que estão submetidas as ações da saúde (Mattos, 2002). Nessa relação entre profissionais de saúde e indivíduos submetidos a eles é que se deve elencar formas de superar velhas e tradicionais maneiras de produzir saúde, e assim construir uma sociedade abrangente, solidária, mais igualitária.

A ruptura com o modelo hegemônico de desatenção¹⁶ será possível com a superação de práticas assistenciais excludentes executadas por profissionais de saúde e formados de acordo com um perfil tradicional. E foi na implantação do PSF que ficaram evidenciados os limites da qualificação dos recursos humanos disponíveis, uma vez que a formação em saúde da família, principalmente a dos médicos, era insuficiente. Esta formação era fragmentada, especializada e se limitava à medicina biologicista, que desconsidera o componente social e ético da atenção. Neste sentido, numa articulação do MS com instituições de Ensino Superior, foram estabelecidos em 1997 os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família. Assim, numa tentativa ainda incipiente de superação desta limitação, foram realizados em alguns estados do Brasil cursos introdutórios para profissionais da Equipe de Saúde da Família - ESF (Silva & Dalmaso, 2002 *apud* Fausto, 2005). Uma avaliação posterior das realizações dos Pólos de Capacitação demonstrou a insuficiência, por diversas razões, dos cursos na capacitação resolutiva dos profissionais.

¹⁶ Expressão utilizada por Paim, referindo-se ao modelo de atenção excludente em uma das muitas produções sobre atenção básica (Paim, 1999).

O acompanhamento da implementação e dos resultados do PSF são realizados desde 1998 pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo este, portanto, um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde. Através do acompanhamento de indicadores relativos exclusivamente a ações das ESFs podem ser avaliados a produção e o desempenho das equipes.

1.11 GRANDES POPULAÇÕES – EXTRAORDINÁRIOS OBSTÁCULOS

Em 2002 um acordo de financiamento firmado entre o MS e o BIRD criou o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), que tem como meta atingir uma cobertura pelo PSF de 60% da população brasileira até 2009. Este projeto conta com três componentes: apoio à conversão do modelo de atenção à saúde; desenvolvimento de recursos humanos; e monitoramento e avaliação.

Atualmente o PSF trabalha com 27.324 Equipes de Saúde da Família, 211.000 Agentes Comunitários de Saúde, 15.100 Equipes de Saúde Bucal, distribuídos em 5.125 municípios (ESF) que cobrem 46,6% da população brasileira (87,7 milhões de pessoas), e 5.300 municípios (ACS) em que a cobertura atinge 56,8% da população brasileira (107,0 milhões de pessoas).¹⁷

Apesar deste crescimento expressivo em todo o país, há uma dificuldade não só de expansão, mas também de implementação do PSF nos municípios de mais de 100.000 habitantes. Há diversas e distintas justificativas para esta assimetria e, dentre tantas investigações publicadas, gostaríamos de destacar algumas, visto que são de especial interesse neste estudo de caso os seguintes fatos (Caetano & Dain, 2002):

¹⁷ Dados obtidos da página eletrônica da Saúde da Família /DAB /SAS /MS em fevereiro de 2008.

- ✓ “transformações demográficas e epidemiológicas que afetaram particularmente os centros urbanos; maior incidência de agravos oriundos dos altos níveis de violência”;
- ✓ “existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde, responsável por resistências às propostas de mudanças culturais e organizacionais por parte das instituições do setor”;
- ✓ “modelo de prestação de serviços de saúde hegemônico fundamentado na produção e no financiamento por procedimentos médicos realizados, que tem contribuído para acentuar o processo de medicalização das ações de saúde, na medida em que não articula as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde, em suas próprias ações, ou na inter-relação de informações e serviços das unidades de saúde”;
- ✓ “maior resistência corporativa à mudança nos processos de trabalho na área de saúde, mais intensa em regiões onde o maior nível de organização das entidades profissionais pode acirrar disputas internas e externas às categorias profissionais da área da saúde”;
- ✓ “dificuldades de financiamento associado à introdução do PSF, devido à impossibilidade de os gestores municipais alocarem recursos suficientes para a cobertura populacional indicada para o programa, em função da lógica de incentivo hoje vigente que, além de inadequada e insuficiente para municípios de maior porte, tende a agravar a duplicidade e os gastos entre a nova rede e os serviços tradicionais”.

Outros autores têm investigado e proposto alternativas que viabilizem esta expansão do PSF, e muitos concordam que a flexibilidade nos moldes da

conformação das equipes e um maior aporte de investimentos serão capazes de permitir uma expansão substitutiva das demais modalidades de atenção básica exercidas nas grandes cidades.

Ao chegarmos aos dias atuais em nossa tortuosa linha histórica, imaginamos ter conseguido situar o leitor através de uma perspectiva em que o agente comunitário de saúde, protagonista de nossa investigação, foi o sujeito de referência. Da década de 1940 até os dias atuais, este personagem tem trilhado um percurso em que atuou como figurante de um programa normativo de ampliação de cobertura de assistência à saúde, sendo hoje o protagonista de uma estratégia de (re)orientação da forma de se produzir cuidado em saúde no país.

Além disto, nosso caso investigativo se passa em uma região favelizada da cidade do Rio de Janeiro, em que o poder público municipal não elegeu o *Programa/Estratégia da Saúde da Família* como estruturador da atenção básica. Ao contrário, marginalizou o programa de forma ainda mais acentuada do que o fez com a saúde do povo carioca. Sobre esta região desfavorecida, poderemos descrever a posição geopolítica em outro capítulo, ampliando a capacidade de apreensão do cenário de nossa investigação e localizando as condições peculiares do trabalho dos ACSs que ali atuam. Apenas a título de nota, a região onde nossos ACSs exercem suas atividades foi chamada por alguns de Faixa de Gaza, em referência à região violenta e conflituosa situada no Oriente Médio.

Este contexto demonstra o desafio de analisar um personagem que evidenciará especificidades, mas que despertará o interesse daqueles que, como “formadores de identidade”, devem ter a responsabilidade de se envolverem nesta empreitada.

2. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

“Dá licença?”. É esse o jeito que os Agentes Comunitários de Saúde encontram para se apresentarem às suas próprias famílias, como uma expressão máxima de respeito, cordialidade, amizade, civilidade e reverência, pedindo permissão para entrar em milhões de casas de norte a sul desse imenso Brasil.”
Maria de Fátima Sousa

No capítulo anterior, experimentei de forma pseudolinear, construir uma linha histórica de políticas nacionais e subnacionais tendo como eixo estruturante a atenção básica à saúde no Brasil, fazendo mergulhos propositais em programas que instituíram um personagem do povo na posição intercessora entre a comunidade e os serviços de saúde.

Os mergulhos evidenciaram que, desde meados do século passado, a figura de um agente do povo exercendo atividades de interlocução entre o mundo popular e o mundo científico vem construindo o perfil de um ator político-social depositário de imensas perspectivas. Entretanto, foi com o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* que este sujeito conquistou a dimensão atual como integrante revolucionário de uma frente de cidadãos obstinados em transformar a assistência aos doentes em atenção integral à saúde.

Neste sentido, voltaremos mais uma vez no tempo para agora detalhar a conformação deste sujeito do povo que, apenas com a dita tecnologia leve em seu trabalho vivo em ato, transformou indicadores sociais e de saúde em terras acostumadas a conviver com as práticas clientelistas e fisiológicas mantenedoras da miséria.

Como já discorremos no capítulo anterior, a idéia de institucionalização do PACS vem do sucesso de experiências locais em vários estados, mas o Ceará destaca-se pela implantação do programa em 100% dos seus municípios, coordenado pela Secretaria de Saúde Estadual. A janela de oportunidade, surgida no âmbito nacional, de potencialização deste programa bem-sucedido fez surgir a proposta de um encontro macrorregional em junho de 1991, na Bahia, onde o MS, através da Fundação Nacional de Saúde (FNS), divulgou um documento preliminar de lançamento no Nordeste do *Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde*.¹⁸ Apresentados os principais eixos da proposta para uma platéia ampliada de técnicos das secretarias estaduais de saúde, representantes do UNICEF, da Pastoral da Criança, do Movimento Nacional de Agentes Comunitário, do Fórum Nacional de Entidades de Enfermagem, da FIOCRUZ e, em especial, para a Secretaria Estadual do Ceará, surgiram muitas discussões. Nos debates, o desvelamento de vícios corporativistas, político-ideológicos e legalistas vieram à tona, gerando confrontos institucionais e profissionais que por pouco não colocaram em risco a aceitação da proposta. Mas ao final prevaleceram os valores defendidos pelo PACS (Sousa, 2003). Também ficou evidenciada a determinação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no cumprimento da regulamentação do SUS quanto à função de articuladoras das políticas nos municípios e gestores das políticas nos estados.

Desta forma, os coordenadores estaduais partiram para seus estados com a determinação de redesenhar a proposta do PACS, agora com ampla participação dos envolvidos internamente. Assim, todos estavam comprometidos com a construção de uma nova forma de produção de atenção à saúde, em que a

¹⁸ Este documento foi elaborado por DEOPE /FNS/ MS, com a participação de representantes de todas as entidades e instituições envolvidas de alguma forma com a proposta.

descentralização da gestão, as ações de promoção de saúde e a prevenção de agravos, além da interiorização de profissionais de nível superior tornariam realidade um encontro entre a comunidade e os serviços de saúde. Era a construção de um modelo novo de atenção cujo protagonismo seria creditado ao ACS, que representa o elo entre as necessidades e as demandas da comunidade, direcionando-as fundamentalmente aos serviços de saúde (Sousa, 2003). Dessa maneira, o redesenho do PACS passa necessariamente pela formulação do perfil do ACS, sua inserção na estrutura formal da rede de serviços, a definição do seu papel, suas atribuições e a determinação da forma de vínculo.

Como o estado da Paraíba foi o escolhido para ser o piloto da implantação do programa, vieram de lá as propostas que foram intensamente discutidas, e que subsidiaram o documento elaborado pela coordenação nacional do PACS vinculada ao Departamento de Operações da FNS / MS.

A definição do perfil do ACS foi um dos aspectos mais polêmicos, já que para uns o trabalho dos ACSs deveria resolver problemas do nível básico de saúde, o que acreditavam ser possível após treinamento. Outros achavam que eles deveriam se tornar auxiliares de enfermagem para então solucionarem problemas ainda mais complexos. Ao final de muita discussão, ficou estabelecido que, mesmo com a missão de melhorar a capacidade da população para cuidar de sua própria saúde e fortalecendo relações entre a sua comunidade e os serviços de saúde local, sua maior função era ter a sensibilidade da escuta e da tradução das necessidades de cada membro da família, tornando-se, deste modo, o agente de mudanças da lógica da atenção (Sousa, 2003).

Entretanto, como os ACSs não existiam como profissionais em uma estrutura formal de serviço e muito menos de ensino no campo da saúde, qual seria a

categoria profissional a fiscalizá-los? E sua formação, a quem caberia? A quem competiria o acompanhamento e a avaliação das suas atribuições? O consenso dos integrantes das discussões definiu o profissional enfermeiro como o responsável pelo treinamento em serviço, sendo este o sujeito que assumiria a função de instrutor e supervisor dos ACSs nas Unidades de Básicas de Saúde, às quais estariam todos vinculados.

A capacitação dos ACSs, que originalmente seria através de um curso introdutório de dois meses para depois ser iniciada a educação continuada, acabou por permitir que cada coordenação estadual, em conjunto com as secretarias municipais, fizesse o treinamento em até seis meses. Esta capacitação, como já descrevemos em outro capítulo, não deveria se ater às questões técnicas das ações na atenção básica, mas sim às questões da compreensão dos problemas de sua comunidade e de suas possibilidades de transformação. Caberia também à Secretaria Municipal de Educação completar a sua formação até a conclusão do Ensino Fundamental.

Em relação às atribuições dos ACSs, novos embates foram travados, pois havia aqueles que defendiam as ações de cunho curativo na atenção aos doentes, e outros que compreendiam sua inserção social na interferência aos determinantes do processo saúde/doença. Nem ao mar nem ao vento, ficaram definidas suas atribuições nas três vertentes: as de promotor, educador e vigilante em saúde.

Sobre o recrutamento e a seleção dos ACSs também não houve consenso, pois duas correntes disputavam a tarefa de seleção: as prefeituras e as entidades não-governamentais. A alternativa vitoriosa levou em consideração os dois pleiteadores e ficou estabelecido que seria realizada uma seleção entre os candidatos a ACS com base técnica, cumpridos os critérios definidos, tais como:

residir na comunidade há pelo menos dois anos; ter mais de 18 anos; saber ler e escrever; e cumprir oito horas de trabalho diário. No referido processo seletivo, a maior preocupação seria com a lisura, possível apenas com um amplo controle social. Os instrumentos utilizados foram determinados: uma prova escrita e uma entrevista.

E quanto ao vínculo e à remuneração dos ACSs ? Como em todo processo de discussão envolvendo estes agentes, a ambigüidade de sua identificação ainda não foi superada. Para os coordenadores do PACS, sua origem e vinculação comunitária, numa parceria inovadora entre sociedade e governo, justificavam a proposta de que os agentes deveriam ser funcionários públicos não-estatais. Outras visões justificavam a natureza do trabalho dos agentes, mantida a identidade comunitária, sugerindo-se que eles deveriam ser contratados por entidades não-governamentais, mas tendo a garantia de todos os direitos trabalhistas. Prevaleceu a posição de não se tornarem funcionários públicos estatais, uma vez que a missão desenhada para o ACS era a de um interlocutor privilegiado e não a de um sujeito do estado. Sobre a remuneração dos ACSs, apesar de uma proposta de trabalho voluntário sem remuneração feita pela Pastoral da Criança/ Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), foi definido o pagamento de um salário mínimo pelo trabalho dos agentes, contribuindo assim para o desenvolvimento local com a geração de emprego e renda, não descaracterizando seu compromisso de solidariedade.

Após esse processo de diálogo entre a coordenação nacional e as coordenações estaduais e, principalmente, as negociações acordadas já na

Comissão Intergestora Tripartite¹⁹ (CIT), ocorreu a construção do Manual do PACS ainda em 1991, documento em que a identificação e a missão do Agente Comunitário de Saúde foram explicitadas. Segundo o referido documento, a identificação do ACS estava assim definida:

O Agente Comunitário de Saúde é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e saúde, apoiada pela ação governamental (Manual do PACS, 1991 *apud* Sousa, 2003:103).

Sobre a missão social, o destaque se dá na contribuição dos processos de desenvolvimento de indivíduos, famílias e comunidade, sendo delineadas as ações de valorização e organização comunitária. Neste sentido, o trabalho tem por base ações que fortaleçam o vínculo do sistema de saúde com a população, ações educativas e ações preventivas, de modo a interferir na saúde tanto individual como coletiva.

De 1991 até os dias de hoje, foram publicados pelo MS três versões do Manual do ACS, sendo que a última foi editada em 2000. Esta versão traz alterações promovidas pela inserção dos ACSs nas ESFs. Nestas publicações fica evidente que há uma transformação no sentido de uma evolução do perfil do ACS, que faz parte agora de uma equipe multidisciplinar, atua em cenários distintos tanto no que se refere às práticas de atenção à saúde, quanto na situação geopolítica da comunidade em que está inserido.

Como foi descrito, em função dos embates regionais pela definição do perfil do ACS por ocasião da implantação do PACS, ficou evidente uma disputa entre distintos projetos e suas concepções de trabalho em saúde. Os choques entre os

¹⁹ A comissão criada em julho de 1991 pela portaria MS/GM 1.180 representou um fórum de negociação entre a SNAS / INAMPS, o CONASEMS e o CONASS, onde eram negociadas todas e quaisquer definições das políticas de saúde.

atores envolvidos na gestão do trabalho e na formação dos ACSs vêm se dando com avanços e retrocessos, refletidos nas disposições legais de regulamentação do seu trabalho, assim como na sua formação profissional. O conjunto de forças políticas que definirá a conformação deste agente de transformações é representado pelos gestores do SUS, pelos representantes dos trabalhadores da saúde e pelos responsáveis pela formação técnico-profissional.

Em 1997 o MS aprovou as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF através da portaria 1886, GM / MS de 1997, reconhecendo a importância dos dois programas como estratégia de consolidação do SUS. O documento, além de atribuir a responsabilidade a cada ente federativo pelos programas, explicita as diretrizes operacionais dos ACSs, assim como suas atribuições. Nesta perspectiva, as diretrizes dos programas são as seguintes:

- O trabalho com adscrição de famílias em uma área geográfica definida.
- A limitação da responsabilidade para com no máximo 150 famílias ou 750 pessoas.
- Ficaram mantidos todos os requisitos para seleção e recrutamento, cabendo ao município a seleção com apoio das SES.
- São mantidas também suas atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde através de visitas domiciliares, além de ações educativas individuais e coletivas sob supervisão do enfermeiro supervisor.
- Sua substituição deve ser efetuada por suplente, escolhido no processo seletivo, em caso de afastamento por decisão própria ou por situações que assim o determinem, como mudança de endereço;
- O monitoramento e a avaliação de suas atribuições devem ser realizados através do SIAB ou do SIAPACS ou de qualquer outro sistema de informação

local, sendo atribuição do ACS a alimentação da base de dados do sistema adotado, havendo, inclusive, a suspensão do cadastramento do programa em caso da não-alimentação do sistema por dois meses consecutivos ou três meses alternados.

- Sublinha-se a orientação não contida em nenhum documento anterior de que é vedado ao ACS realizar ações típicas do serviço interno das UBS.
- Sua capacitação deve ocorrer em serviço, de forma gradual e permanente, sob a responsabilidade do instrutor-supervisor, com a colaboração de outros profissionais de saúde do serviço local, devendo o conteúdo ser definido pelos problemas identificados em seu território (Brasil, 1997).

Neste documento as atribuições foram também explicitadas em uma lista com 33 itens, e elas podem ser resumidas em um tripé, como bem disse um dos seus elaboradores: “identificar sinais e situações de risco; orientar as famílias e comunidade; e encaminhar/ comunicar à equipe os casos e situações identificadas” (Tomaz, 2002).

Apesar desta relação extensa e complexa de atribuições, a formação do ACS definida na portaria evidencia a própria precariedade. O critério mínimo de saber ler e escrever e a formação em serviço atribuída ao supervisor e à equipe a título de colaboração, feita através de conteúdos que variam conforme os problemas locais, são realizados de forma distinta em cada localidade e demonstram uma desvalorização da dimensão da formação profissional, conseqüentemente, uma desvalorização social (Morosini *et al*, 2007).

Tal situação demonstra que a representação social do ACS como um profissional de saúde fica comprometida, o que acaba por abalar a sua legitimidade junto à comunidade. Cabe aqui uma consideração sobre esta desvalorização

profissional, a qual poderia induzir a busca pela identidade profissional do ACS através da burocracia institucional do serviço de saúde ao qual está vinculado, uma vez que não há uma formação específica.

Neste contexto, a discussão sobre identificação profissional levantada por Silva & Dalmaso traz como referência Wilson em seu estudo sobre a burocracia e o exercício profissional, no qual posturas e comportamentos na execução do trabalho são influenciados pela burocracia institucional. Para este autor, a forma de executar uma atividade só será determinada pela maneira de ser de quem a executa se as regras organizacionais forem pouco claras quanto à sua especificação e se houver poucos incentivos na sua aplicação. Desta forma, é possível concluir que quanto menos respaldo externo de um grupo profissional forte tiver o trabalhador, mais facilidade ele terá na obediência às regras da instituição, e maior dependência delas (Wilson, 1989 *apud* Silva & Dalmaso, 2002).

No tocante à cultura organizacional, as autoras supracitadas apontam para o trabalho de Marsiglia, com base em Fisher, em que “A identidade da organização e os valores proporcionam aos agentes institucionais um misto de sentimentos de segurança e de coesão” (Silva & Dalmaso, 2002:88).

Desta forma, podemos inferir que existe uma desvalorização profissional à qual estão submetidos os ACSs em sua atual inserção nas ESFs, em decorrência da representação do poder das corporações e do saber técnico de médicos e enfermeiros. Este gradiente de saberes / poderes pode determinar dificuldades na identificação dos ACSs.

Os obstáculos inerentes a um sujeito intercessor, que trabalha entre mundos distanciados pela variação do grau de poder instituído pelas ciências biomédicas, não podem ser desconhecidos. Os conflitos decorrentes desta situação ambígua

têm suscitado muitos debates. Se para alguns autores esta intercessão fragiliza os ACSs, a interlocução que tal posição permite os fortalece. Para Nunes *et al*, o caráter híbrido e polifônico dos ACSs torna-os atores privilegiados nesta mediação entre a população e a ciência. Para a autora, este fato – que tanto pode funcionar com facilitador ou como um empecilho – não representa um problema, e sim uma riqueza. Ela completa:

Para que essa força e essa riqueza possam se manifestar é fundamental que os conflitos emergentes sejam pontos prioritários de reflexão, o que permitirá uma real abertura de fronteiras do que antes era restrito ao domínio único do saber e da prática biomédicos (Nunes *et al*, 2002:1646).

Ainda no sentido da identificação do ACS, a contribuição de Bachilli *et al* é interessante pela abordagem da dimensão psicossocial. Neste sentido, a construção identitária se daria em um processo de transformação de si mesmo através da dialética entre seus pares e a instituição de saúde à qual pertence. Alteridade é a palavra utilizada pela autora na demonstração de que a identidade dos ACSs é construída através da compreensão e da valorização do outro. A autora entende então que a identidade do ACS

é uma construção que se aventura em novos caminhos, se apropria de um saber anteriormente excluído do seu fazer e do seu grupo interacional, vive encontros e desencontros com os parceiros de trabalho nos momentos em que a reciprocidade se alterna entre os iguais, os desiguais e os “insubstituíveis” e propõe novos limites que favorecem o caminho de outros, promovendo o desassombro necessário para o desenvolvimento e o crescimento interior (Bachilli *et al*, 2008:59).

Para Nogueira, o perfil ocupacional do ACS foi determinado pela Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece suas atribuições, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o seu exercício. Neste sentido, foram possíveis duas interpretações para o seu enquadramento profissional. Na primeira, o ACS pertenceria ao grupo da

enfermagem, uma vez que executa tarefas de atenção à saúde das pessoas. Na segunda, o ACS seria um trabalhador genérico, incomum, não havendo similar até então nas categorias profissionais de saúde (Nogueira, 2000:5). Passados quatro anos desde a interpretação pertinente de Nogueira, podemos verificar que em 2004, em documento produzido como referencial para as instituições formadoras organizarem cursos técnicos de formação de Agentes Comunitários de Saúde (tratarei deste importante documento logo adiante), não há dúvidas quanto ao seu perfil. Desta forma, foi explicitado que “Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situam como categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde” (Brasil, 2004:18).

Entre todas as controvérsias referidas, seja quanto ao perfil social, seja quanto ao ocupacional do ACS, a contribuição nuclear de Silva & Dalmaso demonstra duas categorias de análise. O **agente institucional**: sua preocupação está voltada para a sua inserção em um sistema de saúde. O **agente da comunidade**: sua preocupação se dirige à solidariedade para com a comunidade. Haveria então, respectivamente, dois pólos de identificação: um técnico e outro político, relativos ao agente institucional e ao agente da comunidade. E o mais interessante da conclusão do estudo sobre esta polêmica é que:

Não existe o agente institucional ou o agente da comunidade como o bom e o mau, o certo e o errado. Na realidade, conforme se discutiu, essas categorias não são antagônicas ou excludentes mas, sobretudo, elas aparecem como duas expressões indissociáveis e complementares de um mesmo sujeito, expressões ao mesmo tempo da sua prática e de suas dimensões de transformação social, de compromisso, de ética e de solidariedade (Silva & Dalmaso, 2002:199).

Em 10 de julho de 2002 a lei 10.570 foi sancionada pelo Presidente da República. Esta Lei cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, explicitando

que seu exercício profissional dar-se-á exclusivamente no âmbito do SUS. A profissão tem no exercício das atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde a sua característica, e pode ser exercida através de ações domiciliares ou comunitárias; individuais ou coletivas, sempre em conformidade com as diretrizes do SUS. Sua supervisão estará a cargo de um gestor local. Os requisitos para o exercício da profissão são: ser residente na área de atuação; ter concluído com aproveitamento o curso básico de qualificação para a formação do ACS e ter concluído o Ensino Fundamental – apenas para os que na data da lei ainda não exerciam atividades de agente. É importante sublinhar que o MS ficou incumbido da definição do conteúdo do programa do curso de qualificação. Embora a vinculação trabalhista dos agentes possa se dar de forma direta ou indireta com o gestor do SUS, a precariedade do seu emprego ainda é um fator de instabilidade usual.

Desde a regulamentação da prática profissional do ACS em 1991 até o Decreto Federal 3.189, de outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício das atividades do ACS, tramitaram pelo Congresso Nacional nove projetos de lei que expõem o cenário dos embates políticos para esta definição (Morosini *et al*, 2007).

O reconhecimento legal da profissão possibilitou deliberar sobre a regulação da formação do ACS, sendo então editado em 2004 “O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, publicação feita em conjunto com o Ministério da Educação e o da Saúde. Este documento foi o resultado do esforço de técnicos de ambos os ministérios, assim como de outros atores afeitos aos ACSs, com o objetivo de orientar as escolas técnicas na construção do currículo de formação desses profissionais. A proposta foi baseada nos dois documentos legais já editados, a portaria (GM / MS) nº 1.886/97, que estabelece suas atribuições, e o Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa diretrizes para o exercício, possibilitando a

formulação dos eixos estruturantes do seu exercício profissional. Para tanto foi proposto, neste mesmo documento, o perfil de competências para a realização do trabalho do ACS.

Este perfil de competências foi construído de forma inovadora, tendo sido submetido a consultas públicas disponibilizadas por meios eletrônicos durante 60 dias, cuja base é uma proposta elaborada através de discussões sistematizadas pelo SGTES. O próprio documento exalta em sua introdução o grande número de acessos ao endereço eletrônico da consulta pública, demonstrando a importância do ACS no cenário da política de saúde. O desenho do perfil de competências envolveu técnicos da SGEST, da DAB, do MEC e da escola Politécnica Joaquim Venâncio, da FIOCRUZ. Destacamos do documento este parágrafo para aclarar uma das aptidões, dentre tantas, que deverá ser alcançada pelo ACS:

Estes profissionais, ao término do curso, deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade; de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde; e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social (Brasil, 2004:18).

Portanto, neste documento fica explicitada a intenção de tornar o ACS um facilitador do conhecimento na direção da autonomia dos sujeitos, norteando a educação em saúde no sentido do conhecimento emancipador.

A estrutura do curso prevê, de forma sensível, o “universo de especificidades” que envolve o processo de trabalho e formação dos ACSs; conta com uma carga de 1.200 horas, distribuídas em três etapas e, deste modo, configura um itinerário de formação. Possibilita assim uma “concomitante progressão da escolaridade”, permitindo a observação das formas de organização das distintas unidades de

saúde às quais estão inseridos e viabilizando suas necessidades e suas demandas individuais e coletivas.

Ao se tomar por base as “competências que definem o perfil de conclusão do técnico de Agente Comunitário de Saúde”, estas foram agrupadas em três campos de ação, como se vê a seguir:

1. No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações.
2. No âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes.
3. No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (Brasil, 2004:19).

O anexo do documento é dedicado ao perfil profissional do ACS; nele, o conceito de competência profissional utilizado segue o pensamento de Zarifian (1990), segundo o qual há “[uma] visão de trabalho como um conjunto de acontecimentos com uma forte dose de imprevisibilidade”, muito distinto da clássica organização do trabalho altamente prescritiva. Neste sentido, a formação profissional está baseada no desenvolvimento de habilidades capazes de permitir o enfrentamento de situações difíceis de antever. Para o alcance deste intento, foram descritos os sentidos a serem desenvolvidos. Dentre eles destacamos:

autonomia: capacidade de aprender, formular, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas. Pressupõe que a organização do trabalho admita que as ações profissionais transcendam as prescrições; porém não é sinônimo de independência, e sim de **interdependência**, entendida como responsabilidade e reciprocidade (Brasil, 2004b:47; grifos meus).

Em 2004 foi aprovada e homologada pelo Conselho Nacional de Educação (CN /CB19/ 2004, Brasil, 2004a) a proposta de qualificação técnica do ACS. A partir de então, todas as instituições públicas vinculadas à Rede de Escolas Técnicas do

Sistema Único de Saúde (RETSUS) puderam elaborar seus cursos de formação técnica, o que de fato vem ocorrendo instigadas por financiamento do MS (Morosini *et al*, 2007).

Conscientes de que nos estendemos nesta seara, a do saber-fazer do ACS, necessitamos ainda incluir algumas contribuições imperiosas na formação deste interlocutor privilegiado e/ou fadado a ambigüidades e conflitos.

Neste cenário, apesar das transformações empreendidas após a regulação da profissão dos ACSs e a proposta para a sua formação, ainda assim não estão garantidas as modificações das *práxis* reiterativas²⁰ para cederem lugar às *práxis* criadoras. A investigação de Trape (2005), permitiu observar que o saber adquirido pelos ACSs em suas tarefas diárias é conservador e repetitivo, em conformidade com o enfrentamento de problemas de saúde já instalados. Além de este **fazer** ser regulado por uma ordem determinada, via de regra, pela equipe técnica, os ACSs também não participam do processo de planejamento, reproduzindo assim ações elaboradas por outros atores. Desta forma, a alienação produzida por esta *práxis* reiterativa poderá incidir sobre o potencial transformador de seu trabalho. Acreditamos que a facilitação de acesso ao conhecimento crítico e a valorização das experiências trazidas pelos ACSs serão fundamentais para a superação da repetição de ações, tendo em vista a *práxis* criadora que julgamos primordial para operar as mudanças da atenção à saúde (Trape, 2005).

A proposta de formação técnica do ACS através do referencial curricular é valiosa em teoria, mas a supervisão dos serviços é fundamental no propósito de instrumentalizar os agentes em face de uma realidade histórico-social passível de

²⁰ “A *práxis* se apresenta ou como *práxis* reiterativa, isto é, em conformidade com uma lei previamente traçada, e cuja execução se reproduz em múltiplos produtos que mostram características análogas, ou como *práxis* inovadora, criadora, cuja criação não se adapta plenamente a uma lei previamente traçada e culmina em um produto novo e único” (Vásquez, 1977 *apud* Trape, 2005).

contestação, alternativa básica para transformar assistência em cuidado. Neste sentido, não é difícil concluir que todos os trabalhadores da saúde devem ser instrumentalizados para a superação das práticas tradicionais, repetidoras de atitudes, que não serão capazes de produzir as alterações que a política de saúde pressupôs com a criação do SUS.

Gostaríamos de acrescentar mais uma proposta a esta exposição de proposições na capacitação dos ACSs, expressa aqui pelo pensamento de Bachilli:

Ainda que se disponha de pouca tradição em associar conteúdos filosóficos às atividades de capacitação em saúde, há que se buscar a apropriação possível dessa ferramenta humana natural: a consciência plenificada através da alteridade. Há que se empenhar nesse empoderamento, o do conhecimento, de forma democrática, como nos solicita a sociedade brasileira no papel personificado pelos agentes comunitários de saúde (Bachilli *et al.*, 2008:59)

Toda a discussão sobre as propostas de capacitação do ACS acabou por levantar um dos problemas insuperáveis desde a criação deste novo ator social: sua vinculação. A precariedade de seu vínculo trabalhista foi suscitada pelos gestores municipais que acreditavam ser um risco investir na capacitação destes sujeitos. Assim, por linhas tortas, o assunto mais polêmico referente ao ACS passou a figurar na agenda dos gestores do SUS (Morisini *et al.*, 2007).

Uma batalha político-jurídica iniciada em 2003 e que não se encerrou, mas virou a página de mais um dos capítulos da mudança da situação de precariedade dos ACSs, instituiu legalmente a vinculação desses agentes, através da CLT, aos municípios. A emenda constitucional n° 51/06, que acrescenta três parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 2006a), apresenta em um deles a criação do processo seletivo público, uma alternativa ao concurso público destinada exclusivamente aos ACSs e aos agentes de combate às endemias.

Desta forma, o texto da lei nº 11.350/2006 revoga a lei 10.507 que criou o ACS e, dentre outros dispositivos, estabelece a contratação dos ACSs e dos agentes de endemias após um “processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades [...]” (Brasil, 2006b). A partir de outubro de 2006, ficou garantida a possibilidade de se exigir que os ACSs que se candidatarem à seleção pública morem na comunidade onde irão trabalhar. Ademais, é possível a contratação direta sem intermediações (praticadas em muitas localidades), mas sem os benefícios recebidos pelos trabalhadores estatutários.

O alerta feito por Morosini *et al.* para um possível retrocesso na formação profissional através do curso técnico para o ACS, como resultado da opção de mitigar os investimentos na política de saúde feitos pelos gestores, tem a seguinte argumentação:

Mas um dos maiores problemas da lei nº 11.350 certamente diz respeito ao âmbito da formação. Ela reproduz exatamente os mesmos requisitos que a lei nº 10.507 elencava para o exercício da função de ACS. E dois desses requisitos são a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada – neste último, apenas a nomenclatura foi modificada porque, após o decreto nº 5.154/05, deixou de existir qualificação básica, como já assinalamos. A diferença é que, em 2002, ainda não existia o curso técnico tal como proposto pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo CNE, ambos em 2004 (Morosini *et al.*, 2007:276).

Nós não podemos deixar de ressaltar que, paralelamente às conquistas relativas à formação e à vinculação dos ACSs, surgiram outras na direção da conquista da maturidade do PSF dentro da política de saúde. Ao reafirmar os princípios norteadores do SUS, a portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu uma revisão nas diretrizes para o PSF e o PACS. Por considerar o PSF um programa que se consolida como estratégia prioritária de abrangência nacional, propõe adequações às suas normas e diretrizes.

Neste sentido, fortalece a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS, firmando a “Estratégia Saúde da Família como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (Brasil, 2006:3).

Desta forma, a *Estratégia da Saúde da Família* reorganiza a Atenção Básica do país, sendo explicitado que ela, a saúde da família, deve ser uma das faces de construção da cidadania. Foram redefinidas então, a partir da portaria GM/MS n° 648, as atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde da família, e as atribuições específicas de cada membro. As afeitas aos ACSs serão transcritas aqui, podendo ser acrescentadas pelo gestor local de acordo com as particularidades da área:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e os indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACSs em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria n° 44/GM, de 3 de janeiro de 2002 (Brasil, 2006).

Podemos observar uma superação das diretrizes definidas ainda 1997, com destaque para a explicitação das ações de saúde de todos os membros da ESF, em direção aos mais diversos sentidos da integralidade. A extensa e detalhada lista de atribuições não deixa dúvidas quanto ao sentido da Política Nacional de Atenção Básica na oposição ao reducionismo, promotor de desigualdades. Segundo Mattos:

Do ponto de vista específico das práticas dos profissionais de saúde, isso significa, por exemplo, não reduzir o paciente a uma lesão ou a uma doença, respeitá-lo como sujeito portador de desejos, de aspirações, de sonhos, colocar-se na posição do outro, abrir-se ao diálogo (Mattos, 2007:129).

Se fizermos uma leitura detalhada das atribuições e das diretrizes curriculares para a qualificação técnica dos ACSs, poderemos observar uma convergência no sentido da aceitação deste ator político-social como sujeito potencialmente operador de transformações.

Para encerrar este capítulo, gostaríamos de fazer duas últimas considerações quase consensuais entre os diversos autores que dedicaram atenção e cuidado ao tratar deste assunto tão relevante e delicado: o Agente Comunitário de Saúde. Ambas estão intimamente relacionadas e dizem respeito à operacionalização de uma política de saúde que de fato privilegie a solidariedade, a educação em saúde emancipadora, a promoção da autonomia dos indivíduos e o diálogo intersetorial. A primeira delas diz respeito à necessidade premente de o ACS sentir que faz parte de um todo, acolhido pela sua equipe de saúde como um sujeito portador de conhecimento-emancipação,²¹ distinto da ordem da ciência moderna, transformado em conhecimento hegemônico institucionalizado. Neste tipo de conhecimento tão

²¹ O sociólogo Boaventura de Sousa Santos teoriza o projeto de modernidade distinguindo dois tipos de conhecimento: o conhecimento-regulação que tem como ponto de ignorância o caos e o ponto de saber a destinação a pôr ordem; o conhecimento-emancipação tem no ponto de ignorância o colonialismo e no ponto do saber a solidariedade. Ele acredita que a hipertrofia do conhecimento-regulação é fruto de “como a ciência moderna se converteu em conhecimento hegemônico e se institucionalizou como tal” (Santos, 2005)

bem caracterizado por Santos, o **saber** ou o **conhecer** significa distinguir o outro como sujeito e não como objeto. É a forma de conhecimento que se move na direção do princípio de solidariedade, e não na direção do princípio da ordem.

A segunda consideração é indispensável na viabilização da primeira. Só alcançaremos a formação de uma equipe, no real sentido da palavra, se todos os envolvidos com o trabalho em saúde passarem por um processo de formação que critique o próprio conhecimento instituído pela ordem do saber-poder. A viabilidade desta proposição é condicionada, necessariamente, pela reformulação das instituições formadoras de trabalhadores da saúde e de seus currículos, sempre visando à educação emancipadora baseada na ciência, na política e na ética.

Nos primeiros dois capítulos desta dissertação, em uma seqüência histórica, política e social, apresentamos o objeto de nossa investigação, apropriando-nos de saberes de outros autores que, instigados pela mesma matéria, foram decisivos nesse percurso. Desta forma, foi possível realizar algumas considerações, motivadas por um sentido transformador inerente ao momento da política de saúde em que vivemos e trabalhamos.

No próximo capítulo, procuraremos localizar o sítio histórico e geopolítico da unidade de saúde que permitiu a inquietação que provocou esta investigação. Na seqüência, procederemos à descrição da investigação em si, com suas análises.

3. O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA E O PSF

A profissionalização do conhecimento
é indispensável mas apenas na medida
em que se torna possível eficaz e acessível
a aplicação partilhada e desprofissionalizada
do conhecimento
Boaventura de Sousa Santos

A importância de situar o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) não está apenas na localização geopolítica, nem na sua distribuição demográfica ou nos indicadores sanitários, mas principalmente no seu posicionamento histórico, já que em 42 anos de existência sempre se destacou por ser parte integrante de movimentos de vanguarda da saúde pública do Rio de Janeiro.

Criada pela União em 1954, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), passou a ser vinculada ao Ministério da Saúde em 1958, com atribuições tanto na área da pesquisa de assuntos de interesse médico-sanitário, quanto de formação de pessoal para ações em serviços de saúde pública.

Em 1960 o MS, através da ENSP, firmou um convênio de cooperação com a Fundação Serviço de Saúde Pública²² e a Secretaria Geral de Saúde e Assistência do Estado da Guanabara, na área de ensino profissional de saúde pública em região rural. Em 1966 foi inaugurada a nova sede da ENSP em Manguinhos, onde atualmente se localiza, sendo então criada uma Unidade Sanitária nas suas dependências que, em 1968, passou a ser chamada de Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF).

²² Em capítulo anterior, citamos a Fundação SESP como pioneira na utilização de agentes de saúde da comunidade em seus programas de ampliação de cobertura de assistência à saúde, com ações de saúde pública em diversas áreas rurais do país.

Nesse período, a ENSP e outros estabelecimentos foram integrados à Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública²³ (FENSP), vindo a desenvolver ensino especializado em Saúde Pública tanto em nível de pós-graduação, quanto na preparação de pessoal auxiliar médico, sem relevar sua função na área da pesquisa. Dessa maneira, a UTGSF serviu, em seus primeiros anos de atividade, para o treinamento dos alunos – profissionais técnicos científicos de saúde pública e visitantes sanitários de saúde Pública e de Engenharia Sanitária – em função do acordo com a Fundação SESP. Em uma clara visão da época, executava ações de medicina preventiva e comunitária sob a influência da referida fundação na área de Manguinhos (Conforme o *link* <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/linha-do-tempo/>). Na década de 1970, a unidade passou por problemas de identidade em função do afastamento da Fundação SESP, além de outros decorrentes de financiamento, mas foi mantida graças à luta de seus alunos (Dorigueto, 2007).

No início da década de 1980, em uma perspectiva de ampliação das ações atenção primária, a UTGSF priorizou o segmento materno-infantil, a partir da solicitação de algumas associações de moradores das favelas de Manguinhos, em fase de expansão,²⁴ que desejavam o atendimento a esta população através de consultas médicas e odontológicas dentro da comunidade. Em 1982, a Unidade ainda realizou treinamento de pessoas da comunidade, descentralizando ações de saúde primária e atendendo ao pedido de voluntários da Campanha da Fraternidade. Os voluntários também firmaram com a Unidade o compromisso de

²³ Em 1969 passou a se chamar Fundação Recursos Humanos para a Saúde; em 1970 transformou-se em Fundação Instituto Oswaldo Cruz junto com outros institutos, para só voltar a ter o nome de ENSP em 1976.

²⁴ A ocupação irregular deveu-se a um esvaziamento econômico provocado pelo fechamento e/ou a transferência de várias indústrias da região, como a Gillette do Brasil, a CCPL, além de um quartel militar do Exército do Brasil.

receber com prioridade os casos não resolvidos pelos voluntários treinados. Muitas outras ações foram realizadas em parceria entre a UTGSF e a Associação de moradores de Mangueiros, destacando-se as obras de dragagem dos rios que cortam a região (Giffin & Shiraiwa, 1989).

Mas foi em 1984, com o convênio das Ações Integradas da Saúde (AIS), que a Prefeitura do Rio de Janeiro mobilizou-se para formar o Grupo Executivo Local (GEL) em suas Áreas Programáticas²⁵ (APs). A UTGSF está localizada na AP.3.1, e foi incluída na rede de unidades de saúde da área que, aliás, detinha um número expressivo dessas unidades em vários níveis de atenção, e uma população em torno de 800.000 habitantes. O GEL então promoveu encontros entre representantes das unidades de saúde e das comunidades da região com vistas a conformar uma organização regional e hierarquizada da Atenção à Saúde com a participação popular.

No ano seguinte, a ENSP fez um convênio de co-gestão com o então INAMPS, e a UTGSF destacou-se pelo reforço de suas atividades assistenciais na atenção básica, mas sem desconsiderar sua vocação formadora de profissionais do primeiro nível de atenção à saúde. Naquele momento, já definidas as obrigações sanitárias das unidades básicas da saúde, a UTGSF tinha responsabilidade pelas 35.000 pessoas que habitavam em seu entorno, distribuídas em favelas e conjuntos habitacionais. A ainda denominada Unidade de Treinamento assumiu um papel de destaque na atenção à saúde junto à rede sanitária municipal, conservando seu papel formador de recursos humanos, tanto de técnicos da saúde quanto de pessoal auxiliar, comprometida também com a participação popular (Dorigueto, 2007).

²⁵ Em 1981 a Comissão do Plano da Cidade – COPLAN desenvolveu estudos no sentido de uma divisão territorial da cidade do Rio de Janeiro, com estrutura organizacional de Áreas de Planejamento, as “APs”, Regiões Administrativas, as “RAs”, e os bairros. As divisões setoriais administrativas com caráter de “Coordenação dos Serviços Locais” haviam acontecido em 1961, ainda no tempo do estado da Guanabara.

A UTGSF, confirmando sua orientação de vanguarda, realizou em 1986 um projeto de saúde comunitária baseado na pessoa do agente comunitário. Através dele, as associações de moradores encaminhavam à UTGSF mulheres das comunidades, engajadas em ações políticas comunitárias, para seleção pela instituição patrocinadora.²⁶ A proposta era de capacitação de mulheres – potenciais agentes de saúde – na busca ativa de contato com a população, uma vez que a observação da Unidade era a de que a atenção, principalmente às crianças, era realizada em conformidade apenas com a demanda da própria comunidade. O projeto foi tema de um trabalho de pesquisa realizado em 1989 por Giffin & Shiraiwa e foi publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*²⁷ naquele mesmo ano. O trabalho analisa criticamente esta forma de praticar atenção às comunidades, destacando que naquele momento, de ventos reformistas da saúde, era preciso trazer propostas com potencial transformador social e sanitário, incorporando ao debate público a “população tradicionalmente marginalizada” (Giffin & Shiraiwa, 1989).

Em 1988 o papel político institucional da UTGSF foi reforçado com a ascensão de unidade de apoio à direção da ENSP, passando a ser um departamento da Escola, agora com assento no Conselho Deliberativo. Recebeu então o nome de Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) e estabeleceu, a partir do vínculo com as comunidades à sua volta, uma responsabilidade social inerente à própria história, narrada aqui tão brevemente (Dorigueto, 2007).

A participação dos docentes e pesquisadores da ENSP em debates nacionais foi decisiva na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final subsidiou a

²⁶ Inicialmente, o projeto foi realizado em convênio com o UNICEF e depois contou com recursos da Fundação W. K. Kellogg através do Programa de Apoio à Reforma Sanitária – PARES /ENSP. Mas a remuneração das agentes de saúde, ao final do projeto, contou mesmo com recursos da UTGSF / ENSP (Giffin & Tizuko, 1989).

²⁷ Periódico científico da ESNP que iniciou suas publicação em 1984.

reforma constitucional no sentido da ampliação cidadã de direitos à saúde. Após a criação do SUS, o CSEGSF confirmou a sua inserção na rede de saúde como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), exercendo ações de assistência, ensino e pesquisa em conformidade com a sua vocação institucional, ganhando *status* de departamento da ENSP / FIOCRUZ.

A década de 1990 foi marcada pela organização e a implantação de projetos que, sensíveis à forte degradação das comunidades vizinhas da ENSP / FIOCRUZ, analisaram, discutiram e instituíram transformações nas relações de desigualdade evidentes na comunidade de Manguinhos. A área no entorno do Campus da FIOCRUZ era de extrema deterioração social, ambiental, econômica, com marcante divisão territorial imposta pelo tráfico de drogas.

A concepção de saúde ampliada para além da prevenção e da recuperação trouxe a promoção da saúde para o centro da discussão e impôs o envolvimento institucional de distintos setores, com a participação de todos os atores sociais, quer fossem gestores ou população, na direção das transformações sociais que apontavam para uma melhor qualidade de vida.

Neste contexto, a FIOCRUZ canalizou os seus estudos para a promoção de uma transformação social, criando em 1993 o Projeto Universidade Aberta – Projeto Articulado de Melhoria da Qualidade de Vida, organizado pelo Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental com parceiros internos da FIOCRUZ, dentre eles, o CSEGSF e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio, e parceiros externos, como o Comitê de Entidades Públicas no Combate à Fome e pela Vida (COEP), o Banco do Brasil e a Coordenação de Pós-graduação de Engenharia (COPPE / UFRJ). O projeto criou inúmeras ações, como a Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos de Manguinhos (COOTRAN), promovendo a participação popular em função de o

desemprego ser um dos muitos pontos de vulnerabilidade ali existentes (Kligerman *et al.*, 2005).

Consolidou-se o campo da Promoção da Saúde na ENSP com a implantação de uma proposta de desenvolvimento sustentável para o Complexo de Manguinhos: o Desenvolvimento Local e Integrado e Sustentável na área de Manguinhos (DLIS – Manguinhos). O projeto foi possível a partir de um acordo de cooperação técnica entre a ENSP / FIOCRUZ, a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com apoio da Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (CIDA). O acordo tinha o objetivo de fomentar a incorporação das teorias e das práticas da Promoção da Saúde nas atividades de ensino, pesquisa e serviços da ENSP (Zanan & Bodstein, 2002).

O DLIS – Manguinhos é uma alternativa de integração de iniciativas espalhadas por vários departamentos da ENSP, mas principalmente do CSEGSF, dirigidas à qualidade de vida da população residente na vizinhança da FIOCRUZ.

A partir de 1999, certo número de entidades públicas e privadas e as associações de moradores aderiram à proposta da FIOCRUZ e estabeleceram a parceria, a fim de que a proposta de desenvolvimento local de Manguinhos fosse efetivamente implantada. Os parceiros da época, no âmbito do setor público e privado, foram a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, através das Secretarias Municipais – de Saúde, Educação, Habitação, Trabalho, Cultura, Esporte e Lazer e Desenvolvimento Social – a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), os Correios e Telégrafos (CORREIOS), o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), a Empresa Brasileira de Telecomunicações (EMBRATEL) e a

Refinaria de Manguinhos (RPM). A parceria no âmbito da representação local contou com as 11 Associações de Moradores da região.

As quatro grandes frentes de trabalho que procuravam melhorar as condições de vida da população de Manguinhos eram: geração de trabalho e renda; habitação, ambiente e saneamento; saúde, alimentação e nutrição; e desenvolvimento social.

Na organização do sistema local de saúde, o CSEGSF passava por uma reorientação do modelo assistencial, priorizando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e assumindo o compromisso de prestar atenção à saúde integral, universal e resolutiva para além dos seus muros. As iniciativas se deram no sentido de implantar duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS / PSF. Fizeram-se presentes também o Núcleo de Práticas Naturais em Saúde / NUPNS; o Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição / CECAN; o Programa Escolas Promotoras de Saúde; o Programa de Atenção à Terceira Idade / PASI; o Núcleo de Prevenção e Controle de DST / Aids; o Núcleo de Dependência Química / NUDEQ; o Núcleo de Direitos Humanos e Saúde e o Projeto Centro de Saúde Saudável.

Percorremos esta narrativa histórica com a esperança de ter conseguido descrever, considerar e apreender em que conjuntura o PSF se inseriu no CSEGSF. Tudo isto para poder contextualizar uma relação que foi o mote principal do tema desta dissertação. A partir desta perspectiva, o PSF integrou-se ao CSEGSF no bojo do projeto de desenvolvimento sustentado, o DLIS – Manguinhos, em uma oportunidade estimulada na época pela direção do CSEGSF, que vislumbrava a Saúde da Família como proposta transformadora da atenção à saúde.

O bairro de Manguinhos fica localizado na zona norte do Rio de Janeiro e compõe, junto com os bairros de Ramos, Bonsucesso e Olaria, a XX Região

Administrativa do município. Esta divisão, como já referida neste capítulo, tem como finalidade auxiliar a capacidade de gerenciamento local da Prefeitura.

Manguinhos está geopoliticamente localizado na Área Planejamento 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sua principal característica é a de ter uma população de mais de 32.000 habitantes,²⁸ que está distribuída em 11 comunidades ou favelas onde os problemas de infra-estrutura básica urbana, a poluição do ar e dos rios que cortam a região evidenciam a precariedade de ali viver. Seja qual for o indicador escolhido para mensurar a qualidade de vida de seus habitantes, ele explicitará a precariedade em que vivem esses grandes contingentes de excluídos. Tais condições foram determinantes para que o tráfico de drogas tivesse ingerência sobre a população vivente na região, além da intromissão na condução de quaisquer ações dentro da comunidade que interferissem em seu comércio. Os confrontos entre polícia e traficantes causam um temor adicional a esta frágil população (Moreira, *et al.*, 2002).

As comunidades Parque Oswaldo Cruz, Parque Carlos Chagas, Parque João Goulart, Vila Turismo, Conjunto Habitacional Provisório 2, Vila União, Vila São Pedro, Conjunto Nelson Mandela, Conjunto Samora Machel, Comunidade Agrícola de Higienópolis e Mandela de Pedra constituíam o Complexo de Manguinhos nos idos de 2000. Atualmente são 15 comunidades, em decorrência de mais invasões em terrenos de empresas que se transferiram da região, como a que aconteceu no terreno da Embratel.

²⁸ De acordo com o SIAB de outubro de 2007, a população coberta pelo PSF de Manguinhos era de 31.841 pessoas. Entretanto, pelas informações do CSEGSF existiam, nesta mesma data, cerca de 45.000 pessoas cadastradas no CSEGSF. Vale registrar que na área há três comunidades (invasões) no interior do espaço do CSEGSF não cobertas pelo programa.

Em 2000 todos os esforços foram no sentido da mobilização para a implantação de duas equipes da Saúde da Família e, em função dos desafios de tal remodelação, faremos algumas considerações sobre este processo. O primeiro desafio veio com a determinação de qual seria a área eleita para receber as duas equipes, uma vez que a população que compunha o território do CSEGSF era de 35.000 habitantes. Vale ressaltar que as duas equipes propostas eram insuficientes para cobrir a quarta parte desta população. Assim, em uma decisão arbitrada pelo CSEGSF, com a concordância da Prefeitura, foram escolhidas as comunidades de Mandela de Pedra e Parque João Goulart.

Mandela de Pedra encerra a maior fragilidade social, econômica e ambiental dentre todas as outras comunidades, já que se situa literalmente às margens do canal do Cunha, onde todas as moradias são construídas em compensado de madeira. O Parque João Goulart, como todas as outras comunidades, enfrenta problemas sociais, econômicos e ambientais, mas está localizado do outro lado da linha férrea e suas construções são todas de alvenaria. Não é necessário, dada a descrição das duas áreas, dizer que em Mandela de Pedra se encontram as piores condições de saúde de sua população, e que lá existe uma importante rotatividade de pessoas pois, diante de qualquer oportunidade, sua gente se desloca para outras áreas do próprio Complexo de Manguinhos.

O acordo firmado com a Prefeitura do Rio de Janeiro movimentou-nos no sentido de participar de todo o processo, desde a seleção dos integrantes da equipe até a sua capacitação. A seleção de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foi feita tendo como base um banco de dados de profissionais da Prefeitura do Rio. Uma equipe técnica formada por profissionais do CSEGSF realizou então uma análise dos currículos.

Os candidatos a agentes comunitários passaram por um processo seletivo em que o grupo responsável era constituído não só por membros do CSEGSF e da Prefeitura, mas também por representantes de outras instituições já experientes nesta tarefa. Foi uma forma de garantir a legitimidade e a idoneidade do processo. O processo de seleção constou de entrevista com análise de currículo; houve um surpreendente número de candidatos inscritos, mais de 300 por vaga oferecida. A exigência da conclusão do Ensino Médio como nível de escolaridade e ter entre 20 e 40 anos de idade foram critérios acordados pelas instituições envolvidas no processo e determinantes na seleção. O número de agentes selecionados foi de sete por equipe, o que totalizou 14 ACSs. Aqui devemos fazer uma consideração relevante, pois cada equipe contou com seis Agentes Comunitários de Saúde e um Agente de Dependência Química. Um acordo com a Prefeitura permitiu que se contratasse mais um agente para cada comunidade, realizando um trabalho específico junto aos dependentes químicos e dando continuidade, assim, a um programa tradicional do CSEGSF, o Núcleo de Apoio aos Dependentes Químicos. Este Núcleo vem desempenhando suas ações no CSEGSF há muitos anos, com uma resolutibilidade acima do esperado. Desta forma, vincular um agente a cada comunidade adscrita poderia implicar uma maior co-responsabilização, potencializando os efeitos deste programa.

A vinculação de todos os profissionais das ESFs foi feita através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde²⁹ (FIOTEC). Esta Fundação e sua parceira, a

²⁹ Fundação de apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de projetos da Fundação Oswaldo Cruz.

Prefeitura do Rio de Janeiro, promoveram a implantação do Programa de Saúde da Família de Manguinhos.³⁰

Findo o processo seletivo, veio a etapa de capacitação das equipes. Nesse período, a Fiocruz, através de um grupo de docentes de alguns departamentos da ENSP, inclusive do CSEGSF, envolveu-se – por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde – na organização e na aplicação de um Curso Introdutório para os profissionais de nível superior. Esta capacitação foi estendida aos médicos e aos enfermeiros de outras poucas ESFs já implantadas em outras localidades do município. Os ACSs não participaram desta capacitação, pois seriam treinados em serviço pelos profissionais de nível superior, já capacitados neste referido Curso Introdutório.

O CSEGSF, em função da sua vocação na formação de pessoal da área da saúde, realizou um treinamento diferenciado para todos os profissionais, no qual os ACSs passaram por um processo diferenciado de capacitação centrado nos programas já implementados na Unidade de Saúde.

As duas equipes exerceram boa parte de suas atividades nas mesmas dependências físicas do CSEGSF, uma vez que não era possível inseri-las nas comunidades, dada a impossibilidade burocrática de alugar ou construir uma sede em áreas sem títulos de propriedades.

Após o cadastramento da população adscrita das duas comunidades vinculadas ao PSF, foram estabelecidas algumas poucas mudanças nas rotinas de atendimento à demanda espontânea que diariamente procurava o CSEGSF.

Apesar do compromisso eleitoral do então candidato a prefeito – a ampliação do PSF no município do Rio de Janeiro – houve uma reversão na condução política

³⁰ Exceção feita a poucos profissionais já funcionários da Prefeitura do Rio de Janeiro que foram integrados ao programa. Aqui estamos nos referindo a algumas auxiliares de enfermagem incorporadas às ESFs, mas que acabaram não permanecendo no PSF.

da SMS/RJ que impediu que isto se tornasse possível. A parceria entre CSEGSF e Prefeitura do Rio e os resultados positivos da implantação das duas ESFs em Manginhos já expressavam promessas de ampliação de cobertura pelo programa na área. Foi com surpresa que percebemos que a divulgada expansão de cobertura pelo PSF não abarcaria o bairro de Manginhos. Uma janela de oportunidade política reverteu, então, a decisão de deixar Manginhos fora da ampliação e, em 2004, foram implantadas mais seis ESFs, sendo aumentado o número dessas equipes para oito.

Naquele momento, tanto os processos de seleção quanto os de capacitação das ESFs foram bastante distintos, em parte porque a Prefeitura alterou os processos de capacitação das equipes e também porque os profissionais do CSEGSF, envolvidos com a seleção anterior, em uma análise crítica, os haviam modificado. A seleção dos ACSs foi realizada com as mesmas precauções quanto à lisura, mas alguns critérios sofreram alterações. Se no primeiro processo de seleção dos ACSs o currículo escolar e a desenvoltura foram a tônica, no segundo processo, o engajamento político social dos ACSs com as causas da comunidade tornaram-se os fatores determinantes para a escolha. A seletividade nessa escolha, após quatro anos de convivência e parceria com os ACSs, tinha por objetivo a ampliação de uma massa crítica, de modo a facilitar as transformações sociais desejadas, incluindo o cuidado na atenção à saúde. A seleção implicou a realização de uma redação, e o critério de escolaridade foi mantido em nível de Ensino Médio (exigência legal nessa época). Não fizemos nenhuma menção quanto às exigências definidas pela legislação em vigor,³¹ uma vez que seria redundante.

³¹ Referência à Lei 1057 de 2002, que trata da criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde.

A capacitação dos ACSs nesse segundo momento foi pleiteada pelo CSEGSF, que organizou um Curso de Capacitação cujas aulas foram ministradas por docentes convidados de várias áreas, principalmente as sociais e as humanas. Durante duas semanas houve atividades teórico-participativas sobre história da filosofia, introdução à sociologia, consciência ambiental, promoção da saúde, comunicação em saúde, entre outras. A participação e o aproveitamento nessa capacitação foram elementos integrantes do processo de seleção; portanto, o resultado só foi divulgado após esta etapa.

As comunidades escolhidas para a expansão foram Monsenhor Brito, Vila Turismo, Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP 2), Parque Oswaldo Cruz, Parque Carlos Chagas e Samora Machel. Com esta ampliação, apenas uma pequena parte da população da área-território do CSEGSF não está coberta pelo PSF, mas sim sob a responsabilidade dos profissionais do CSEGSF.

Algumas informações sobre índices e indicadores carecem de atualização; eles deverão ser revelados pelo Censo esperado para 2010. Assim, poderemos avaliar as mudanças que a nova estratégia de organização da atenção promoveu nesta realidade tão cáustica. Vale ressaltar que um indicador fundamental nesta análise – a mortalidade infantil para menores de 1 ano – já obteve uma modificação expressiva de 41/1000 nascidos vivos em 2000, para 25/1000 nascidos vivos em 2005,³² o que demonstra um impacto significativo nas transformações dos indicadores de qualidade de vida. Ainda assim merecem divulgação alguns índices, como o polêmico IDH municipal³³ que, com um valor de 0,606, coloca Manguinhos no 155º lugar dentre todos os bairros do Rio de Janeiro, ou o Índice de Qualidade de

³² Informações encontradas em <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/>. Acessado em janeiro de 2008.

³³ Zancan & Bodstein, 2002.

Vida elaborado pela Universidade Federal Fluminense (IQV / UFF), que situa Manguinhos na 139ª posição entre todos os bairros do município do Rio (Moreira *et al.*, 2002).

A taxa de analfabetismo do bairro apresenta-se acima da média municipal. Outro indicador social relevante é a taxa de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos – 9,31% – o que coloca o bairro em 10º lugar entre os 31 analisados.

Além das seis equipes da Saúde da Família, em que seis médicos, seis enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem e os 36 ACSs compunham as equipes, foram também incorporados um cirurgião-dentista para o Parque Oswaldo Cruz e CHP 2, um auxiliar de consultório dentário para cada duas ESFs (um total de quatro auxiliares) e um agente redutor de violência para cada quatro ESFs (um total de dois agentes). Com este incremento, houve um acréscimo de quase 100% no quadro de profissionais trabalhando no CSFGSF.

Com exceção dos ACSs, que desenvolvem a maior parte de suas atividades fora das dependências do CSEGSF, os outros profissionais dividem um espaço já reduzido e inadequado à nova organização das ações. Para atender a esta nova dinâmica, reformas das áreas físicas estão sendo realizadas, mas é preciso mais que remodelação física.

A integração entre este conjunto de profissionais não é tema de nossa investigação, embora fosse um belo objeto de pesquisa, uma vez que o próprio MS aponta esta dificuldade em seu *Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde / Saúde da Família em 2006*:

A experiência de implantação da Saúde da Família tem demonstrado ser incompatível a co-existência das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família trabalhando em uma mesma estrutura física por gerar conflitos constantes entre as equipes e confusão na vinculação entre

equipe Saúde da Família e comunidade adscrita (Brasil / MS / SAS / DAB, 2006).

A justificativa apontada pelo próprio MS para esta afirmação reside em três questões pertinentes, a saber: as formas de organizar a atenção básica seguem lógicas diferentes na maneira como planejam, lidam e se organizam para atender e acompanhar a saúde da sua população; distorções são criadas na prestação de assistência clínica aos usuários, propiciando a tão questionada dicotomia entre promoção, prevenção e assistência e reabilitação da saúde, em que o papel das ESFs pode ficar restrito à promoção e à prevenção, descompromissando-as de suas ações de assistência; por último, a vinculação das ESFs com a comunidade é obstaculizada, uma vez que as equipes competem entre si em seus papéis, impossibilitando o estabelecimento de laços de co-responsabilidade entre as famílias e a ESF. Entretanto, também há facilidades proporcionadas pelo apoio da estrutura organizacional de uma UBS, entre eles citamos: o apoio dado pelo laboratório de análises clínicas, que agiliza diagnósticos clínicos, tornando mais resolutiva a atenção à população, e o apoio da farmácia na organização, na guarda e na distribuição de fármacos.

Se a relação entre as duas equipes de saúde não motivou esta investigação, uma outra dinâmica relacional provocou muitos questionamentos. Após acordo entre a direção do CSEGSF e a coordenação do PSF, ficou estabelecido que pela manhã dois ACSs de cada comunidade fariam a recepção dos respectivos usuários que, por ventura, procurassem as dependências dos CSEGSF em busca de atendimento médico. Esta atividade era realizada em mesinhas colocadas em frente às salas de atendimento, espalhadas pelo CSEGSF. Assim, não foi difícil, devido à proximidade física, acompanhar de perto o exercício desta tarefa, uma das mais relevantes, e

historicamente o nó crítico de toda Unidade de Saúde, esteja ela em qualquer nível de atenção.

Atenção esta que foi por sinal redobrada, pois começamos a perceber discursos viciados advindos de um modelo assistencial médico centrado – modelo intolerante que procura manter o usuário portador de necessidades do lado de fora dos muros das unidades de saúde. O discurso referido era a justificativa para o não-atendimento a uma senhora que procurava por um médico naquele dia. A justificativa para a recusa era a de que ela (a usuária) havia faltado à consulta marcada anteriormente pela ESF e que, por isso, seria impossível atendê-la. A consulta requerida naquele dia foi agendada para alguns dias depois pela própria ACS da respectiva área.

A partir desse momento, nossas inquietações tornaram-se crescentes em virtude de uma escuta seletiva para fatos similares. Percebemos então que falas como esta não eram extemporâneas, mas repetitivas e proferidas por **todos** os membros da equipe multiprofissional de saúde – discursos capturados por uma dinâmica que vai ao encontro da intolerância habitual dos profissionais de saúde e de encontro ao conceito de acolhimento e responsabilidade.

Como observadora, mas principalmente consciente do papel de agente de transformações de práticas em saúde que reconhece os sujeitos como portadores de direitos, não pude me furtar de agir na direção da investigação. Neste sentido, a dinâmica relacional que me despertou para este movimento foi a do Agente Comunitário de Saúde. Suas emergência, peculiaridade, indefinição identitária, capilaridade, fragilidade, humanidade, seus conflitos, enfim, seus limites e suas possibilidades motivaram-me para esta investigação.

O próximo capítulo esclarecerá a metodologia eleita, não só por ser adequada ao tipo investigativo, mas também pela sua exeqüibilidade em função do tempo disponível para a sua realização. Logo em seguida narraremos a investigação, de modo a proceder às análises empíricas de conteúdo colhidas na pesquisa de campo e, na seqüência, apresentaremos as considerações finais.

4. QUESTÕES METODOLÓGICAS

Cumpra enfatizar que os “objetos” não são objetos em si.
São feitos objetos pela razão, pois ela os isola do seu meio,
os separa de outros companheiros de existência
e os usa para seus interesses.

A “objetividade” é uma projeção da razão.

Os ditos “objetos”, na verdade, são sujeitos que
tem história, acumulam e trocam informações e pertencem
à comunidade cósmica e terrenal.

Leonardo Boff

Desde a procura pela definição do tema e do objeto deste estudo, estava claro para a pesquisadora que a metodologia qualitativa seria utilizada para a sua realização em função de a metodologia quantitativa – bastante adotada na área da saúde – não ser suficiente para mensurar os fenômenos e seus contextos a partir da observação de diversos elementos que existem em um pequeno grupo de pessoas. Apenas a observação de múltiplos elementos simultâneos presentes em um grupo reduzido de atores sociais é capaz de propiciar o conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (Víctora *et al*, 2000).

Dentre as mais distintas técnicas de pesquisa qualitativa, a escolha dos procedimentos a serem adotados deve estar baseada nos objetivos principais e nos específicos da própria pesquisa. Em função disto, nós fomos seduzidos, num primeiro momento, pela etnografia através do método da observação participante, já que nos aproximaríamos do comportamento *in loco*, no próprio contexto social em que os comportamentos e as ações se dão. Infelizmente, o tempo necessário para a utilização deste tipo de método era insuficiente, confirmando a descrição de vários autores de que a maior limitação da pesquisa etnográfica é o fator tempo.

Já no processo de qualificação desta pesquisa, fomos convencidos de que a técnica de coleta de dados por meio do grupo focal nos permitiria, em um curto período de tempo e com baixo custo, diversificar e aprofundar conteúdos a partir do trabalho grupal (Chelse & Ciapora, 1999 *apud* Archidamini & Saupe, 2004)

A técnica do grupo focal era um dos procedimentos clássicos das ciências sociais, como a psicologia, pela confidencialidade dos dados obtidos, o que lhe conferia grande valor analítico. Mas foi na década de 80 que outro ramo da pesquisa – a área de marketing – resgatou-a. Ela foi utilizada amplamente associada a outras técnicas, na expectativa de se conhecerem as preferências dos consumidores pelos produtos já popularizados no mercado de consumo, assim como os anseios por novos a serem consumidos (Neto, *et al* 2001). Os resultados altamente positivos acabaram por impulsionar a sua utilização fora do campo comercial, principalmente na área das ciências sociais em que se originou a técnica referida. Como se fosse um retorno às suas origens, os pesquisadores universitários adequaram sua utilização, tendo em vista responder à demanda da pesquisa social na qual o interesse se refere ao ser humano ou ao cidadão, e não ao consumidor e a seus impulsos consumistas.

Logo o caráter desta técnica de investigação, com seu potencial de subjetividade, destacou-se na pesquisa qualitativa pela sua característica de procurar na fala de seus integrantes o que eles pensam, suas impressões, seus sentimentos e conceitos sobre um determinado assunto (Aschidamini & Saupe, 2004).

Ousamos inferir que no formato atual das pós-graduações em nível de mestrado *stricto sensu*, reguladas pelo órgão competente (CAPES), esta ferramenta é altamente valiosa em suas possibilidades. Sua aplicabilidade vai ao encontro dos reduzidos recursos de que dispõem os mestrandos, já que é uma técnica de baixo

custo, assim como é exequível dentro do curto espaço de tempo disponível para a conclusão desta modalidade de pós-graduação, atualmente limitada a dois anos.

Quando um grupo de pessoas fala sobre um determinado assunto, elas protagonizam, nesta modalidade de técnica de conhecimento, um debate que abrange os mais distintos pontos de vista. É deste debate, sem a preocupação de haver consensos (embora eles possam existir), que emerge o valor desta técnica para o nosso trabalho

4.1 SUJEITOS DO ESTUDO

Em função do tema e do objeto desta dissertação, não há questão a discutir quanto à definição dos participantes do grupo focal. Eles são os Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família de Manguinhos, chamados de público-alvo de nossa investigação (Neto, *et al*, 2001).

Em um primeiro cronograma que previa em torno de 90 dias para a realização dos encontros dos grupos, foram idealizados dois momentos. Como existem oito equipes de saúde da família em Manguinhos, os grupos focais seriam compostos por um integrante de cada equipe de saúde, o que significa dizer que cada grupo focal abarcaria oito ACSs, número considerado excelente, já que para Kruger um grupo focal ideal teria entre sete e dez participantes, não devendo ultrapassar 12 pessoas (Kruger, 1990).

A identificação de um representante por equipe para cada momento de encontro no grupo focal atenderia a dois critérios distintos de representação. No primeiro grupo, a escolha seria por sorteio, o que permitiria uma seleção aleatória. No segundo grupo, a escolha passaria pela colaboração de uma rede de informações, que possibilitaria identificar os agentes que se haviam destacado em

suas equipes por sua pouca inibição e por sua representação naquelas da qual faziam parte. Como cada equipe conta com seis agentes comunitários de saúde, a realização de dois grupos focais com a participação de 16 agentes distintos significaria uma representatividade de 33,33% dos ACSs.

Infelizmente, para nossa surpresa, sofremos alguns constrangimentos durante o processo de aprovação do estudo pelo comitê de ética em pesquisa. A falta de critério explícito na resolução CNS 196/96 e suas complementares, do CONEP, quanto à definição de qual comitê de ética em pesquisa seria o responsável pelo julgamento do trabalho, obrigou-nos a submetê-lo a dois dos comitês responsáveis parcialmente por ele: aquele que respondia efetivamente pela pesquisa, e o outro, o da instituição formadora do pesquisador. Este fato curioso atrasou a realização da pesquisa de campo em mais de 60 dias, uma vez que sem a aprovação formal de um dos comitês o trabalho não poderia ser iniciado. Com a apreciação favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social em dezembro de 2007, foi possível então dar prosseguimento à investigação.

Por causa deste imprevisto, nosso tempo que já era curto ficou ainda mais reduzido, o que limitou o trabalho de campo à realização de apenas um grupo focal. Fomos então compelidos a adotar o segundo critério de seleção dos agentes para a sua integração ao grupo focal: o da escolha arbitrada pela rede de informação, já que não poderíamos correr o risco de levar a cabo um debate sem a participação expressiva dos ACSs.

Após a identificação de oito ACSs que seriam os representantes de cada equipe de saúde da família de Manguinhos, providenciamos o convite pessoal à participação na pesquisa, preocupados em manter os cuidados necessários ao sucesso da investigação. Esses cuidados passam não só pelo conteúdo do convite,

mas principalmente pela sua forma. O conteúdo não pode dispensar a explicação do tema do estudo e de seus objetivos, além do cumprimento das normas éticas dispensadas a qualquer trabalho com seres humanos, o que no caso da pesquisa qualitativa pressupõe a garantia do direito de sigilo da identificação do participante. No tratamento conferido à forma de convidar, reafirmamos a necessidade de um “certo enamoramento” desta que é a primeira aproximação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa (Ressel, *et al*, 2002, *apud* Aschidamini & Saupe, 2004). Assim, fizemos o convite individualmente e promovemos uma breve entrevista sem estrutura para conhecer as rotinas de trabalho dos ACSs em sua equipe de saúde, uma vez que cada uma delas adota uma agenda de trabalho diferenciada das demais. Pudemos então verificar que em cada equipe os ACSs têm liberdade para planejar sua agenda de atribuições específicas, sem que se descuide do planejamento do grupo para as atribuições gerais.

Destacamos estes aspectos quanto ao convite apenas para comentar um fato relevante, que foi a participação de uma agente comunitária que havia perdido sua mãe há somente cinco dias da data da realização do grupo focal. Apesar do luto, esta senhora não deixou de fazer parte da pesquisa, integrando-se ao grupo.

O objetivo desta investigação não é analisar o perfil de nossos ACSs, mas destacamos, a título de observação, que todos os componentes do grupo focal são mulheres, a maioria com idade entre 22 e 39 anos; concluíram o Ensino Médio; a maior parte delas tem o único vínculo formal de trabalho de seu núcleo familiar. Ficam confirmados assim os dados extraídos de muitos estudos de perfil dos ACSs (Ferraz, 2002; Assunção, 2003; Cousseau., 2004). Em nosso caso, queremos ressaltar um fato interessante: há uma ACS que não mora em sua microárea de atuação, pois não havia nela os necessários seis agentes para a composição da

equipe com a escolaridade mínima exigida na época da seleção (ter concluído pelo menos a 4ª série do Ensino Fundamental). Em função disto, esta ACS selecionada, residente em uma microárea, foi deslocada para outra de igual porte.

O processo de capacitação e de treinamento oferecido a essas ACSs, como já foi relatado em capítulo anterior, não foi igual para todas as que foram estudadas. Sobre este assunto, nós já encaminhamos alguns dados levantados através da rede de informações.

Do total das ACSs, apenas duas já tinham trabalhado na área da saúde, tendo uma delas atuado como ACS em outro estado do país. As demais foram explícitas em afirmar seu total desconhecimento do ser e do fazer do ACS, embora tenham concorrido com um número surpreendente de candidatos da comunidade. Nesses relatos, consta apenas a informação de uma participante ter tido passagem em trabalho voluntário em uma igreja local, mas nenhuma delas foi questionada explicitamente sobre atividades comunitárias.

Podemos dizer que estes foram os trajetos funcionais ou ocupacionais (profissionais) das ACSs de Manguinhos, os quais não diferem de outros levantamentos sobre a trajetória ocupacional dos ACSs de outras localidades. Muito embora as dificuldades financeiras, o desemprego, a baixa escolaridade sejam a tônica entre os moradores de comunidades favelizadas das grandes cidades, um aspecto aqui pode ser determinante e particular deste estudo de caso: a vinculação trabalhista desses ACSs. A possibilidade de contratação formal pela CLT, através de uma fundação de apoio ligada à FIOCRUZ, é um atrativo que não pode ser desconsiderado, sendo fator de estímulo para quem procura por tal emprego.

4.2 GRUPO FOCAL: UMA NARRATIVA

Em meados de dezembro de 2007 mais exatamente no dia 17, foi realizado o grupo focal, que teve a duração de 2h30, em local neutro e de fácil acesso cedido pelo Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (GDIHS), fora dos domínios do CSEGSF, embora dentro do campus da FIOCRUZ. Contamos com ambiente agradável e um clima especial de solidariedade natalina, já que estas festividades se avizinhavam. O Termo de Compromisso (cópia no anexo) foi distribuído aos participantes e, após leitura comentada, foi assinado por todas as integrantes.

Como a facilitação ou a moderação do grupo coube à pesquisadora principal que mantém um grau de relação com o grupo de ACS, houve a preocupação especial em desempenhar este papel minimizando a influência de tal relação. Não foi cogitado um outro pesquisador para realizar esta função, uma vez que a defesa da moderação pelo pesquisador titular é feita por vários autores, que acreditam ser esta a melhor pessoa para executar a relevante tarefa (Neto *et al.*, 2001).

Na função de observação do grupo, contei com a importante participação da também mestrande do IMS, Leila Senna Maia, já que não apenas nesta ocasião, mas em muitas outras, sua participação foi determinante para o sucesso da pesquisa.

Aproveitamos a numeração usada para identificar as participantes durante o GF para adotá-la na própria transcrição da gravação, garantindo assim o anonimato das informações colhidas. Contamos então com a codificação de ACS1, ACS2... até ACS8.

O roteiro de debate utilizado como norteador da discussão foi elaborado com vistas a suscitar os objetivos desta pesquisa. Para isto, foi especialmente difícil criar

perguntas que viessem ao encontro destes objetivos, uma vez que a intenção da pesquisa ultrapassa a investigação da ação para desvendar a intenção dos ACSs na execução de suas tarefas. Não estávamos interessados em saber se eles cumprem as metas traçadas pelos gestores do programa, mas sim na forma de agir do ACS, as relações experimentadas entre saúde e vida comunitária, seu conceito sobre cuidado e, principalmente, como ele opera este cuidado.

O que se pressupõe aqui é que só a modificação do cuidado na sua dimensão de ajuda-poder, com as inerentes assimetrias de poder, para o cuidado que visa à emancipação dos sujeitos é que poderá ser responsável pela formação de cidadãos críticos e co-responsáveis por sua transformação e futuro. Optamos por criar um *mix* de perguntas e situações fictícias como exemplo, para que fossem levantados os temas relevantes para análise.

Como os ACSs integrantes do grupo são pessoas de convívio quase diário, dispensamos a etapa de apresentação de cada agente para o grupo, mas elaboramos um estágio de ambientação com duas perguntas: Por que vocês resolveram ser ACS?; O que vocês diriam a alguém que deseja ser um ACS? A primeira pergunta permitiria aproximar os agentes em seus percursos profissionais e a segunda desencadearia uma pequena avaliação retrospectiva do caminho já percorrido nesta função.

A pretensão de permitir uma ambientação ao tema desconsiderou que a primeira pergunta provocaria um mergulho na história de vida de cada uma delas. Muito além de uma trajetória profissional, a questão fez aflorar sentimentos relativos às suas escolhas ou à falta delas. Foram despertados sentimentos do passado e do presente, envolvendo reflexões do que é ser agente comunitário de saúde de Manguinhos – alegria pelo sucesso da aprovação, surpresa pela repercussão da

escolha, decepção em ver sonhos transformados em pesadelos, enfim, um turbilhão de percepções compartilhadas entre as agentes.

A segunda pergunta, como se fosse uma conseqüência da primeira, aprofundou o pensamento sobre o perfil ocupacional do ACS e desafiou-as a opinar sobre ele. A avaliação crítica da trajetória já percorrida nesta nova profissão da saúde provocou outros tantos e distintos sentimentos reveladores. Quase uma concepção do eu, agente de saúde da família, em uma por pouco explícita enunciação de seus anseios e de suas próprias necessidades.

O tempo programado para esta fase do debate foi em muito estendido com a anuência da moderadora do grupo focal, que optou por não interromper dada a relevância dos assuntos suscitados. Em clima propício de consentida liberdade de expressão, surgiram vozes de denúncia, de regozijo, de lamento, de elogio, de orgulho, de exclusão, de queixa, de satisfação, de pertencimento, assim presentes todos os componentes de uma análise, ou melhor, de uma autocrítica que em muito enriqueceu o debate. Avaliamos que a ambientação obteve êxito em sua finalidade.

Na seqüência, fizemos uma pergunta que deu a elas a oportunidade de escolher dentre as suas atribuições qual seria a de maior importância, com justificativa. Obtivemos a escolha unânime da visita domiciliar para vigilância em saúde. E as justificativas foram as mais variadas, com relatos de casos interessantes que tornaram o debate dinâmico, envolvendo a participação de todos os integrantes do grupo.

Após esta pergunta, criamos duas situações-exemplo fictícias em que os ACSs puderam examinar suas atribuições intramuros do CSEGSF, quando realizam, entre outras ações, o acolhimento aos seus usuários. Desta forma foi possível um

debate profícuo que permitiu a coleta de material empírico para a realização do agrupamento de temas que serão descritos no próximo capítulo.

5. ANALISANDO SENTIMENTOS E AÇÕES

É o sentimento que torna pessoas,
coisas e situações importantes para nós.
Esse sentimento profundo, repetimos, se chama cuidado.
Somente aquilo que passou por uma emoção, que evocou
um sentimento profundo e provocou cuidado em nós,
deixa marcas indeléveis e permanece definitivamente.
Leonardo Boff

Ao analisarmos o conteúdo do material colhido e em função da categoria analítica **agente cuidador**, procedemos a uma categorização empírica que orientará nossos estudos. As categorias forjadas foram: “o agente tem que ser paciente”; “o agente sentindo-se excluído”; “o agente é dono da chave da porta”. Utilizamos como gerenciador de dados textuais o programa *LOGOS* na versão 2.0, o que permitiu agrupar os trechos identificados, agilizando a recuperação e a organização dos dados da transcrição do grupo focal.

A primeira categoria possibilitou-nos descortinar novas ambigüidades que podem ser trabalhadas por outros ângulos. A paciência, enquanto valor positivo, foi referida como um pré-requisito na composição do **ser ACS**. O substantivo feminino que expressa a qualidade de paciente foi proferido 20 vezes e por todas as integrantes do grupo. Além dele, o adjetivo “paciente” foi pronunciado outras 24 vezes. As falas a seguir referem-se a esta virtude como condição *sine qua non* na condução de seus **fazer**s, expressando também outros significados desta palavra.

Eu acho que a pessoa querendo ser agente comunitário de saúde tem que ter muita paciência, que não é fácil. Eu fiz o introdutório; tudo que foi dito no introdutório é isso e mais um pouco; tivemos contato de convivência; tem uma série de coisas que, em outras profissões que eu passei, não aconteciam, entendeu? E nessa fica muito mais difícil, não sei... (ACS1).
[...] se eu fosse aconselhar uma pessoa hoje em dia pra ser uma agente de saúde, eu acho que tem que ter paciência, muita força de vontade, tá? Eu diria que tem que ter força de vontade, gostar do trabalho, ter paciência, gostar das pessoas pra ser um agente de saúde, porque senão... (ACS7).

Como podemos perceber nessas falas, para **ser** agente é necessário possuir a virtude de suportar dores e incômodos com a resignação de um sofredor, ter a qualidade de tolerar adversidades nas relações humanas; também foi colocada a necessidade de gostar de pessoas, a fim de que possam bem cumprir os seus **fazeres**.

É o seguinte, pra ser agente de saúde a pessoa tem que ter muita paciência, muita paciência, porque você esbarra com muitas coisas não só na comunidade, como aqui, no centro de saúde, que é onde nós estamos lotadas. Então, tem que ter, assim, muita paciência, saber fazer o jogo de cintura, respirar fundo (ACS2).

Olha, tem que ter paciência, porque você lida com vários tipos de pessoas, seja no centro de saúde, seja na comunidade; tem que ter sempre paciência, e ficar sempre atento, entenderam? (ACS1).

Porque existe certa cobrança da comunidade, existe certa cobrança daqui do posto de saúde; então, você tem que estar sempre mantendo aquela tranquilidade, tentando contornar as situações (ACS8).

Mas na visão de duas das ACSs esta virtude é inata, o que distinguiria indivíduos com ou sem o dom de **ser** ACS, quase uma condenação do indivíduo que não a possui, inviabilizando a possibilidade de capacitação para desempenhar as funções de agente. Se evocarmos Merhy (2002) e sua valise³⁴ de recursos, diremos que para estas agentes a paciência é um recurso indispensável nas suas valises relacionais.

Eu acho que pra ser agente comunitário tem que ser diferente. Eu acho que nós somos diferentes. Tem que ser uma pessoa diferente. Eu penso dessa forma (ACS5).

Como a ACS5 falou, tem que ser a pessoa que realmente tenha aquele dom, uma vocação. Se a pessoa é estourada, uma pessoa assim, como se diz, de pavio curto, e vai ver uma pessoa que tem o mesmo jeito, ela não vai saber separar (ACS3).

³⁴ Maleta de mão utilizada por médicos para guardar seus apetrechos, comparada a uma caixa de ferramentas tecnológicas, onde estariam armazenados os saberes e os demais equipamentos necessários à operacionalização do cuidado por qualquer trabalhador da saúde, uma vez que cuidar não é privilégio dos diplomados.

Na observação desta agente, a paciência perseverante faz lembrar as palavras de Boff (1999), quando se refere à capacidade de resistir à agressividade com a convivência amorosa, e à dominação, com a companhia afetuosa, agindo de acordo com o modo de ser-cuidado³⁵ nas relações entre o ser humano e todas as coisas. A perseverança parece ter sido a forma encontrada por esta agente para lidar com o **fazer** na identificação do **ser** ACS, resignificando seu **saber**. Em um exercício de autocrítica, a agente parece demonstrar satisfação em suas palavras de estímulo.

Ah, eu falaria a mesma coisa, que tem que ser uma pessoa bem disposta, que tenha paciência, entendeu? Saber escutar, e não falar, só falar o essencial. O primeiro passo que tem que acontecer: você tem que saber ouvir, e não passar adiante. E eu gosto, hoje eu gosto de ser uma agente comunitária, entendeu? Eu aconselharia. Eu aconselharia (ACS4).

Ao ampliarmos a categoria “agente tem que ser paciente” para o campo das dificuldades dos ACSs de Manguinhos, comentaremos falas diversas sobre as dificuldades na execução de suas atribuições.

Ainda na dimensão das relações sociais, a percepção de que eles são trabalhadores da saúde em horário integral pareceu-nos causar incômodo. Em sua equipe de saúde, a distinção por morar na comunidade onde trabalha faz do ACS o único membro da equipe passível de ser contatado fora do seu horário de trabalho. Sendo assim, são alcançados em suas residências a qualquer momento e pelos mais diversos motivos. Da mesma forma, são encontrados em lugares comuns aos freqüentados por seus vizinhos: na feira, na igreja ou na escola. Este incômodo foi referido por Wai (2007) como o elemento estressante de maior relevância em sua pesquisa sobre fatores de sobrecarga dos ACSs das ESFs de São José do Rio

³⁵ Ser-cuidado é uma das formas de ser-no-mundo para Boff, a qual “permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta. Não do seu valor utilitarista, só para seu uso, mas do valor intrínseco às coisas” (Boff, 2008:96).

Preto, SP. A autora revela que os ACSs acreditam que a comunidade espera deles total disponibilidade.

É final de semana; às vezes eu estou na feirinha, assim... que tem uma feirinha lá, perto da nossa casa, comunitária, toda terça-feira; aí você está na feirinha lá com o seu esposo, com sua filha, está distraidamente vendo as coisas e aí vem um rapaz: “Olha só, a minha esposa perguntou quando é que vai ser o preventivo, não sei o quê”, você entendeu? Meu esposo olha assim. Mexe muito com a gente, verdadeiramente; é final de semana etc. (ACS8).

Não, porque parece que a gente só marca consulta. “Ah, quando vai ter o preventivo? Quando vai ter isso?” Na formatura da minha filha, sábado, eu estava lá, chorando horrores, a minha filha falando “O meu amor por você...”, e a mulher pra mim: “A Doutora Luiza está lá segunda-feira?” (ACS5).

Por exemplo, a minha mãe faleceu; no dia que a minha mãe faleceu, acabei de enterrar a minha mãe, a paciente chegou lá em casa, 9 horas da noite (ela foi ao posto e não me encontrou), querendo ser atendida de qualquer jeito. Aí, o meu filho falou assim: “Ó, a minha avó acabou de morrer. A senhora não pode aguardar a minha mãe no posto amanhã?”. Aí ela: “Não, mas eu quero ser atendida agora”. Eu falei pro meu filho: “Deixa, deixa ela entrar”. Eu vim: “Ah, Dona, a senhora me desculpe, mas minha mãe está ficando cega devido à diabete, que está muito alta; eu já fui três vezes lá, no posto, não consegui atendimento, porque falta o cartão dela” (ACS7).

Interessante o sentimento ambíguo relativo a esta disponibilidade integral, quase uma onipresença, uma vez que, mesmo de forma queixosa, revela uma sensação de valorização do **ser** ACS, na medida em que estes fatos legitimam socialmente os agentes como profissionais de saúde junto aos membros da comunidade.

Mas agente de saúde é 24 horas; não tem dia, nem hora; a gente é abordada na rua, dentro de casa, no supermercado, em qualquer lugar, entendeu? É o que eu falo, que todos têm que fazer a sua parte pra poder a gente chegar em algum lugar; porque se não fizer... (ACS7).

Uma gestante que trabalha... essas coisas todas: “Ó, toma o meu telefone, qualquer coisa você me liga e tal”. Mas essas pessoas que eu dei o telefone, que me ligam, não é assim chato, não; quando é alguma informação, alguma coisa: “Ah, Fulana, desculpa eu estar ligando, mas isso assim, assim”; “Não, tudo bem, e tal”. E vão na minha porta, sim senhora, porque eu moro ali de frente pra tudo, né? (ACS2).

Tanto as pessoas não vêem que o trabalho é muito mais difícil pra gente do que pra eles, porque dá 5 horas da tarde, eles vão embora, e a gente fica; então, o nosso trabalho não pára, não pára hora nenhuma... (ACS8).

As dificuldades relacionadas à sobrecarga de trabalho foram referidas pela maioria das ACSs. Muito além do prejuízo em função da quantidade de visitas domiciliares realizadas, suas queixas encontram relação com a qualidade desta atribuição que, na opinião delas, está ruim. Foi unânime o reconhecimento da relevância da visita domiciliar como o instrumento mais importante entre as suas tantas obrigações, tanto no que se refere ao controle dos pacientes acometidos por algum agravo (vigilância à doença), quanto ao papel da prevenção em face de possíveis agravos (vigilância à saúde). O grande número de famílias sob sua responsabilidade e o excesso de afazeres dentro do CSE são verbalizados como alguns dos motivos para esta sobrecarga.

Na verdade, nós não realizamos aquilo que nós deveríamos realizar; pelo menos, eu estou falando por mim. Pelo fato de ter muitas famílias, em primeiro lugar; porque eu não me vejo capaz de visitar 294 famílias todo mês; eu não dou conta; e são as 294 que eu tenho cadastradas... (ACS5).
Aí, tem aquele excesso de famílias que nós temos, e dentro dessas famílias as prioridades, que têm que ser vistas, revistas. Então, acaba sendo uma coisa quantitativa, de números, e a qualidade vai ficando. Infelizmente. Nós todas estamos dispostas aqui a fazer VDs com qualidade, mas infelizmente, devido a tudo isso, o pouco tempo... Não é todo mês, mas tem mês que tem 15 dias de VDs, e olhe lá. Então, fica uma coisa corrida, números, quantitativos. E qualidade, às vezes, acaba se perdendo. Infelizmente [...] o que nos aflige mais é porque se a VD fosse verdadeiramente feita com qualidade, se nós tivéssemos o tempo para isso, né? Nós fomos chamados para isso, a nossa profissão é isso, fazer as VDs; das VDs fazer a promoção, a prevenção, mas só que, se a gente for analisar, nós temos um período muito grande de centro de saúde, ficamos muito dentro... Sabe, se você for analisar, você não fica um mês corrido na área, sabe? São reuniões, plantões, triagem e outras reuniões, e esse monte de coisas. e então, tem mês que você não consegue fazer 15 dias de VDs. Não é verdade? Então, você nunca vai conseguir alcançar... (ACS8).

A percepção de que suas atribuições ficam aquém das necessidades da comunidade e a escolha entre as famílias de quais receberão sua atenção causam um grande sentimento de impotência. A tensão em cumprir um planejamento direcionado para a vigilância de situações de risco e para a assistência a doenças, sem descuidar da promoção de saúde com vistas a ampliar a qualidade da vida,

confirma na prática o que vem sendo discutido sobre “heroização” do ACS. Tomaz (2002) já alertava, em rico debate, para a falta de delimitação das atribuições dos ACSs, o que acarreta distorções e excessos em seu trabalho. Tudo isto e mais a árdua e complexa tarefa de ser o mais “romântico” dos protagonistas da consolidação do SUS.

Então, eu vou lá, na menor de 2 anos, na casa do hipertenso, na casa do diabético, mas eu estou perdendo informação de um outro lado, mas eu não tenho tempo, e é aquilo. Às vezes, você está na rua, você está passando... eu vou com um historicozinho muito bonitinho; a minha mãe morre de rir, porque eu faço "vou em tal casa, em tal casa..."; aí, eu estou indo, alguém me pára, aí eu já perdi (inaudível), e o meu roteiro já foi por água abaixo, porque você pára o maior tempão ali, naquela família; quando você olha para o roteiro... Eu não saio de casa sem o meu roteiro. (ACS5).

É aquilo que a ACS3 também falou: ouvir; o ouvir não está escrito, mas é uma atribuição do agente comunitário de saúde. É ouvir. Porque às vezes a pessoa não está doente, né? Foi o que eu falei também agora. A minha prioridade é a ficha que tem o hipertenso e o diabético mas, de repente, aquela família que não me deu nenhuma doença é a que está mais doente, e eu não tenho tempo de ir lá olhar aquela mulher, sabe, que está precisando conversar, porque o marido a agride, porque o filho está se metendo no tráfico. E amanhã, ou depois, ela vai ser uma hipertensa, uma ficha; mas se você ouvisse... Se eu tivesse tempo de ouvir aquela minha família que eu não dou prioridade hoje, porque pra mim hoje não é prioridade... Onde está a promoção de saúde? (ACS1).

A VD é o seguinte, você tem que passar... você tem que tentar, pelo menos tentar. Não dá porque é um número excessivo de famílias, né? Hoje, eu tenho que dar visita a 300 famílias; eu não consigo visitar 300 famílias, porque eu não sou supermulher. O rapaz lá do Ministério me chamou... ele chama a gente de meninas superpoderosas; eles chamam as ACSs assim, de poderosas (ACS3).

Para concluir a análise focada nesta categoria, segundo a qual ter paciência é condição *sine qua non* para ser ACS, não podemos omitir falas significativas sobre o julgamento que os ACSs fazem sobre a sua disposição em ouvir os membros da comunidade. Numa explícita valorização da atividade de ouvir as pessoas, os agentes compreendem uma dimensão do cuidado pouco percebida e exercida pelos trabalhadores da saúde deste país. Para os ACSs, ouvir significa cuidar. Em uma região favelizada do Rio de Janeiro, onde a vida cotidiana está repleta de injustiças sociais e a violência do tráfico de drogas modifica inclusive as suas fronteiras, a

exclusão de seu povo é uma regra. A percepção de que o consumo de medicamentos não trata males socialmente determinados ou, quem sabe, a consciência de sua indisponibilidade para utilizar outros recursos tecnológicos, torna a escuta dos ACSs um ato de cuidado. Na escuta do outro é possível o encontro de subjetividades e, a partir desse encontro, é possível a compreensão entre sujeitos, além da sua comunhão e da sua convivência (Pires, 2004I). Será esta uma virtude inata ou é possível desenvolvê-la?

E, na minha comunidade, o que eu gosto mais de fazer é ouvir os meus pacientes. Gente, eu não tenho tempo pra fazer visita; eu chego numa casa e eu fico pra ouvir; eu não gosto de fazer número nas minhas visitas. Eu já cansei de brigar com (inaudível) sobre qualidade; eu quero fazer qualidade. Eu não tenho um número de famílias muito grande, por causa do tempo que eu perco com problema de incêndio. São os barracos muito na beirada do rio que apodrecem as madeiras, cai, e as pessoas foram pra Embratel, então, eu perdi um número muito grande de famílias. Eu fiz uma revisão, agora, eu tenho uma faixa de 136 famílias. Então, quer dizer, dá para eu visitar todo mundo? Dá, dá, sim; eu começo pelas prioridades, naquele roteirinho... lá do apoio técnico, né, o negócio do curso. Aí eu fui e falei que muitas vezes as pessoas não têm só a questão da doença, problema de saúde; às vezes é uma falta de atenção, é um carinho, é uma pessoa pra poder escutar; então, você vai na casa dessa pessoa pra poder falar de um exame de saúde, falar de PSF, e ela quer contar problemas. Às vezes o filho não escuta, o marido não escuta, e fica ali, no dia-a-dia, ela fica depressiva, ela fica com problema de pressão alta, é tiroteio, entendeu? É problema da comunidade. Então, o que eu gosto mais de fazer mesmo é ouvir; eu tenho muita paciência pra ouvir, não tenho pressa. Se eu tenho que ir embora pra casa, já passou das 5h: "Não. Agora, (inaudível)". Então, eu fico lá até 5 e meia, 6 horas; quando eu olho assim, deu 7 horas da noite. Horário de verão, então, sou danada pra perder o tempo; eu esqueço mesmo do tempo (ACS2).

Este relato foi destacado pela sua contundência, uma vez que demonstra que ouvir um indivíduo submetido ao desespero, tendo o cuidado como modo de ser, a despeito de ser realizado por um ACS que dispõem apenas de tecnologia leve relacional, pode salvar uma vida.

Então, eu visito aquelas que eu vejo que está precisando no momento, entendeu? Aí, comecei assim. E com isso, gente, olha, tem uma moça que ela me agradece de coração. Naquele dia que eu visitei ela, ela ia pra Linha Amarela se suicidar; e ela falou isso pra todo mundo; que ela deu o testemunho dela; depois que ela parou, largou o vício, né? Porque ela tinha um amigo, e eles bebiam muito, fumavam muito, e acabou

experimentando droga e tudo, e ela entrou em depressão com um negócio que aconteceu com a filha dela, e ela ia se suicidar. Quando eu cheguei, ela falou assim: "Você foi um anjo que chegou aqui". Aí, eu escutei a mulher... Ó, eu fiquei quase duas horas na casa dela, gente, quase duas horas; quando eu saí de lá, a mulher estava me beijando (ACS6).

A segunda categoria empírica de análise foi o "agente sentindo-se excluído", numa referência aos sentimentos de exclusão e inclusão que grupos populacionais podem expressar em suas dimensões relacionais. Esta categoria surgiu a partir de relatos explícitos de sentimentos ambíguos das ACSs. A sensação de inclusão e de exclusão é percebida em uma relação de indivíduos com seus grupos sociais muito dinâmica. Como pertencem ao grupo de profissionais das equipes de saúde da família, parecem sentir-se excluídos do grupo de trabalhadores do CSEGSF. Vez por outra também se percebem apartados de sua própria equipe de saúde pela distinção inerente à pouca qualificação técnica específica. Como membros da comunidade de Manguinhos, por vezes aflora um senso de exclusão quando a comunidade os identifica como profissionais da FIOCRUZ ou da Prefeitura do Rio e, conseqüentemente, passam a ter ali uma posição distinta. Há uma alternância de sentimentos e de sentidos perceptível no que diz respeito a uma indefinição de identidade desses emergentes profissionais de saúde, os ACSs.

Mas eu acho, sei lá, não é pesado; é pra algumas pessoas, entendeu? Não é pra todas. O Sol ali brilha, mas não brilha pra todos, entendeu? Assim, está no PSF, vai brilhar tudo igual. Não, tem alguns PSFs em que não brilha da mesma forma que deveria brilhar pra todos nós. Então, isso às vezes desanima, mas a gente tem que esquecer, porque senão vai falar assim: "Ah, então, não quero mais trabalhar, não!" (ACS1).

A metáfora sobre a irradiação solar universal é muito utilizada nas alusões a desigualdades entre grupos sociais e, neste caso, a ACS em questão identifica-se como excluída dentro da própria equipe do PSF. Este relato aproxima-se do estudo de Silva & Dalmaso (2002), ao analisar a construção da identidade do ACS na dimensão de sua condição de pertencente a um grupo, utilizando para isto a teoria

sociológica de Elias & Scotson (2000) sobre as relações grupais de poder dentro de uma comunidade. Esta teoria foi desenvolvida a partir de um estudo realizado pelos autores no final da década de 1950 e início dos anos 60 em uma pequena cidade industrial da Inglaterra, Winston Parva. Motivados pela investigação da delinquência juvenil nesta cidade, Elias & Scotson reelaboraram o estudo no sentido de esclarecer processos sociais de alcance geral na sociedade humana que evidenciassem a capacidade de um grupo autodenominar-se superior, monopolizando poder e marginalizando outros grupos semelhantes, qualificados pejorativamente como de baixo valor humano (Mennel, 1994 *apud* Elias & Scotson, 2000).

O binômio *established-outsiders*, assim denominado pelos autores, foi o título do livro publicado em 1965, na Inglaterra, e refere-se à relação entre dois grupos sociais em que o grupo composto por indivíduos detentores de prestígio e poder, os *established*, estigmatizavam o outro grupo, designado de *outsiders*, que assumiam tal condenação. Esta teoria tem sido aplicada no entendimento de inúmeros padrões mutáveis de desigualdade humana, sejam relações étnicas, religiosas, de gênero, ou entre pais e filhos, e muitas outras.

Em nosso estudo, as próximas falas destacadas procuram demonstrar a mutabilidade deste fenômeno de inclusão e exclusão dos ACSs em uma procura pela imagem ideal de **nós**, capaz de identificar o **eu** ACS que ainda carece de identificação, para assim atingir seu reconhecimento social.

E quando nós chegamos aqui – lembra? – era horrível, ninguém gostava da gente. "Esse povinho, esse programinha aí não vai dar certo, não". Olhavam a gente torto, todo mundo olhava a gente torto, torto, torto; a pessoa que se sentisse então... A gente tinha que chegar assim: "Bom dia! Tudo bom?", assim o tempo todo, entendeu? Nos olhavam com o olho torto, e com nariz empinado. E nós fomos conquistando o nosso espaço aqui aos poucos. Hoje, desculpe falar, dra. Emília, mas eles dependem da gente pra tudo, pra tudo, entendeu? (ACS2).
Mas ainda fazem questão de nos colocar no nosso lugar, né? (ACS3).

Estas ACSs estão narrando fatos ocorridos durante o início do trabalho das ESFs dentro das instalações do CSEGSF. O olho torto e o nariz empinado qualificam o grupo de *estabelecidos*, neste caso, os trabalhadores da saúde vinculados ao CSEGSF. As expressões “povinho”, para designar os membros das equipes de saúde da família, e “programinha”, em referência ao *Programa da Saúde da Família*, demonstram o poder de estigmatização para com os grupos considerados *outsiders*. Ambos os grupos são de trabalhadores da saúde em atividade diária na atenção básica. Então, o que os distingue? Antiguidade seria posto?

Interessante ressaltar que na pequena cidade inglesa de Winston Parva – palco do estudo de Elias e Scotson – o grupo estabelecido era composto por moradores mais antigos, enquanto os *outsiders* eram recém-chegados que haviam migrado de Londres após bombardeios sofridos no início da II Guerra Mundial. Antigos ou novos, os moradores de Winston-Parva não eram diferenciados por sua classe social ou por suas ocupações, já que ambos trabalhavam nas fábricas da cidade. Apenas o tempo de residência na localidade os distinguia.

É assim: teve uma época que estava muito complicado trabalhar na área, por conta do caveirão (carro blindado semelhante a um tanque de guerra utilizado pela Polícia Militar para adentrar em favelas no Rio de Janeiro), que estava entrando todo dia, e isso e aquilo, e fizeram uma reunião com ... se eu não me engano, eu acho que foi só com os representantes de cada equipe, foi até nessa reunião técnica, quando a Fulana deu a idéia de... não era pra ninguém fazer, naquele momento, mas que se acontecesse, era pra gente conversar com a equipe, ver o que a equipe achava de parar o projeto na comunidade por um tempo, ficar só no posto, por conta dos tiroteios e tudo mais. E aí eu me lembro que eu perguntei (ela estava, a dra. Beltrana estava), se pararia[m] as visitas domiciliares dos agentes comunitários, e ela disse que não; pararia[m] só as do médico e do enfermeiro. "Não, vocês não têm problema; vocês já são moradores da área; então, se tiver um tiroteio, vocês sabem o que fazer". Então assim, eu me senti tão triste que eu não falei mais nada. Quer dizer que eu posso levar um tiro, uma bala perdida, porque eu moro ali desde que eu nasci. "Ah, você mora há 23 anos, o que é que tem?". Mas a doutora não pode? (ACS5).

Este relato foi proferido de forma emocionada, interrompendo outras falas, e acreditamos poder interpretá-lo como uma denúncia, tal a sua contundência. Revela-se aqui uma nova figuração de *estabelecidos-outsiders*, ampliada para uma outra dimensão deste binômio. De forma bastante específica esta ACS suscitou um tema de grande relevância para a sociedade carioca, que é o da marginalização³⁶ sofrida pelos moradores das favelas do Rio de Janeiro. Os *estabelecidos*, residentes do asfalto, classificando os moradores da comunidade como *outsiders*, vulgarizam o risco diário sofrido por eles que moram na comunidade de Manguinhos e minimizam os riscos ainda maiores sofridos na execução de suas atribuições de vigilância sanitária, caminhando por becos e ruelas na ocasião de aguda violência. Neste caso, os *estabelecidos* parecem ter conferido aos ACSs moradores de Manguinhos algum tipo de imunidade aos projéteis de armas de fogo ou, quem sabe, reconhecem certa *expertise* no assunto “fugir de balas perdidas”.

Como enfatizaram Elias e Scotson:

A semelhança do padrão de estigmatização usada pelos grupos de poder elevado em relação a seus grupos *outsiders* no mundo inteiro – a semelhança desse padrão a despeito de todas as diferenças culturais – pode figurar meio inesperada a princípio. Mas os sintomas de inferioridade humana que os grupos estabelecidos muito poderosos mais tendem a identificar nos grupos *outsiders* de baixo poder, e que servem a seus membros como justificação de seu *status* elevado e prova de seu valor superior, costumam ser gerados nos membros do grupo inferior – inferior em termos de sua relação de forças – pelas próprias condições de sua posição de *outsiders* e pela humilhação e opressão que lhes são concomitantes. Sob alguns aspectos, eles são iguais no mundo inteiro. A pobreza – o baixo padrão de vida – é um deles (Elias & Scotson, 2000:28).

Apenas para refletir sobre esta configuração de *estabelecidos-outsiders*, gostaríamos de sublinhar que nos grandes centros urbanos brasileiros, onde se

³⁶ Marginalização no sentido de estigmatização de grupos estabelecidos que, no seu enorme diferencial de poder, tornam a submissão dos *outsiders* inelutável (Elias & Scotson, 2000). Como consequência desta inferioridade de poder, eles vivenciam afetivamente uma inferioridade humana, o que lhes permite marginalizarem-se, desta forma, no sentido da qualidade de marginal.

concentram os maiores contrastes econômicos e sociais, o *Programa / Estratégia da Saúde da Família* tem sido timidamente implantado nas comunidades mais carentes de atenção do poder público. Neste sentido, assim como os ACSs de Manguinhos, os ACSs de todas as grandes cidades podem sofrer este mesmo sentimento de exclusão, o que tornaria o trabalho nessas equipes um desafio ainda maior na integração de saberes diferentes.

Há ainda referência a uma outra dinâmica relacional em que a comunidade resiste ao PSF. Nota-se em alguns relatos certo descrédito diante das políticas públicas; em outros casos, a reação evidencia-se na restrição ao acesso pelo ACS ao seu domicílio, que não é território público, tentando preservar a intimidade da família.

Na comunidade era assim: "Moça, isso é o quê? Isso é programa político? Ah, daqui a pouco isso acaba; vão acabando as eleições, daqui a quatro anos isso acaba". "Não sei pra que o governo paga essas mulheres pra ficar[em] o dia inteiro pra lá e pra cá, à toa, passeando na comunidade. Vou arrumar um emprego desse também". E era assim, direto, mas direto mesmo (ACS2).

É como disseram, a gente tem que morar na área, que é mais fácil; [mas] não é! Porque tem gente que não confia em você justamente pelo fato de você morar ali, que acha que você vai contar a vida pra todo mundo, e aquilo (ACS5).

Apesar destes relatos, acreditamos não ser possível considerar uma configuração *estabelecidos-outsiders*, pois a comunidade já sofre a estigmatização pelas desigualdades de sociais, não havendo assim um gradiente de poder entre os moradores de Manguinhos e os ACSs. O que se reflete nessas falas é o sentimento de desvalorização a que estão submetidos os ACSs de Manguinhos, que assumem uma posição de subordinação em relação a todos os sujeitos, sejam eles trabalhadores da saúde do PSF, sejam eles do CSEGSF ou moradores da área.

E o trocadilho formulado abaixo por uma das ACSs sobre uma metáfora com a ponte – muito utilizada para representar a função mais expressiva do ACS, que é

a interlocução entre ESF e comunidade – pode explicitar o que estamos concluindo nesta categoria de análise.

Uma vez, quando eu comecei a trabalhar de agente comunitário, eu ouvi que nós seríamos a ponte que levaria a comunidade ao médico. Eu não me sinto uma ponte; não me sinto. Ou, na verdade, eu até me sinto uma ponte, porque passam muitos por cima de mim, entendeu? Na verdade, eu me sinto uma ponte. Então, assim, eu costumo dizer – eu falo isso, algumas pessoas aqui já devem ter me escutado falar isso – é muito cacique pra pouco índio. Então, deveria ser uma coisa mais... e não é! (ACS5).

A terceira e última categoria empírica de análise foi elaborada a partir de narrativas que serão transcritas integralmente com o propósito de uma melhor compreensão do leitor. Chamamos esta categoria de “o agente dono da chave da porta”, já que se refere à atribuição mais operativa do ACS: o cadastramento inicial dos moradores de sua área adscrita, e as posteriores atualizações cadastrais. Este relato obteve ao seu final uma participação de quase todas as outras integrantes, em manifestações de concordância ou apoio, fosse através de palavras ou interjeições, fosse através de expressões corporais.

Posso contar uma coisa engraçada, rapidinho? Assim, tinha uma moça, que quando eu fui cadastrá-la, ela não quis de jeito nenhum ser cadastrada. Aí, ela falou assim pra mim: “Eu conheço o dr. A., a dra. B., a dra. C., conheço o povo tudo de lá; conheço o posto há muito tempo. Aí, quando eu quiser, eu vou lá, pra quem eu quiser, é só levar a conta de luz, converso com o dr. A., é assim, ó. Pensa que eu preciso de você?”. Eu falei: “Tudo bem, fique à vontade. Faça do jeito que a senhora quiser”. Aí, passou um tempo, isso foi no começo desse ano, que a gente cadastrou em 2004, né? Quando foi no começo desse ano: “Ah, teve uma moça te procurando”. Eu falei: “Procurando a mim?”. “É, ela esteve aqui, mas já foi pra comunidade te procurar lá”. Eu tinha acabado de chegar; eu estava na sala do PSF, ninguém sabia quando eu entrei no posto, sozinha. “Ela foi pra comunidade, então, quando eu chegar lá, ela me encontra”. Aí, quando eu cheguei na minha casa, ela estava me esperando na porta. E eu: “Pois não”, “Ah, eu queria que você me fizesse um favor”, assim, muito sem graça, né? “Quero saber do meu prontuário. Ah, o dr. Sérgio não está mais lá, não, né?”. Eu falei: “Não”. “Eu nem achei a dra. S., nem a dra. F.”. [risos] Aí, eu falei: “Pois é, né?”. “Ah, porque [...]” (contando que a irmã dela veio não sei de onde com duas crianças, e que as crianças estavam com impetigo, que ela precisava tratar, que não tinha prontuário, só ela que tem daquela época antiga). Eu falei assim: “Pois não”; “Ah, dá pra você me dar o papelzinho?”. Eu falei: “Dá, mas primeiro eu tenho que ir na sua casa te cadastrar, cadastrar a família toda, pra depois te dar o papelzinho”. “É? Mudou tudo, né? Antigamente... Olha, menina, eu paguei

R\$ 30 na declaração da associação”. Eu falei: “Ah, é? Mas sabe quem é que dá a declaração que você mora na comunidade? Sou eu!”. “Ah, quer dizer...”.

Gente, eu não sei se é mentira dela; eu sei que ela falou isso. Falou que levou conta de luz, pagou a declaração, R\$ 30, foi lá e não conseguiu fazer. “Mudou tudo, né? Ela disse que tem que ter o papelzinho teu”. Eu falei: “Pois é. Porque eu é que dou a declaração que você mora no local. Mas pra saber se realmente mora, eu tenho que ir na sua casa”. “Ah, então vamos lá agora! Vamos lá!”. Mas foi muito engraçado, gente. Eu me realizei naquele dia como ACS. Eu sou útil! (ACS6).

Vamos começar pelo fim deste relato, em que o conceito de utilidade para esta ACS está relacionado ao orgulho de ter seu trabalho reconhecido pela moradora citada, reconhecimento este que está vinculado à ajuda/ poder que foi estabelecida a partir deste fato (Pires, 2004). Neste caso, a tensão inerente às ações de ajuda e poder inibe, ao contrário de promover a cidadania ou a emancipação dos sujeitos, ou seja, a moradora reconhece na ACS o poder de abrir a “porta do sistema de saúde” para que ela tenha suas necessidades satisfeitas e seus sobrinhos possam finalmente ser atendidos pela equipe técnica do PSF. Silva & Dalmaso (2002) atesta em seu trabalho sobre os ACSs uma evidência daquilo que assemelha todos os ACSs em qualquer contexto, da mesma forma que qualquer PSF: a satisfação de realizar um trabalho que considera útil e o orgulho de ser alvo de reconhecimento comunitário, assim como institucional.

Algumas faces deste conceito de “utilidade” merecem a nossa análise. O fato da exigência burocrática de ser cadastrado pelo PSF para estar apto a ser atendido pela equipe técnica da ESF passa despercebido da maioria dos profissionais de saúde, e parece não ser diferente com o agente. A retardação no tratamento de uma enfermidade, independente de sua gravidade, foi o que realmente aconteceu neste caso, sem que ela tenha sido observada por qualquer um dos profissionais de saúde envolvidos. E estes não foram poucos, haja vista que a moradora foi ao CSEGSF, onde foi recepcionada (e não acolhida) por trabalhadores da saúde tanto

do CSEGSF quanto do PSF. A universalização com equidade, princípio do SUS e norteadora do *Programa / Estratégia da Saúde da Família*, esbarra na burocracia do cadastramento da população residente na área-território sob a responsabilidade das ESFs. Já a veracidade da informação de morar ou não na área adscrita é uma das atribuições dos ACSs no ato da primeira visita domiciliar. Ora, a forma de organização de um serviço de saúde, visando dar conta das necessidades seja de que maneira for, cria ações, mas cria principalmente ocupações e acaba por construir identidades profissionais (Silva & Dalmaso, 2002).

Neste sentido, como é função do ACS de Manguinhos verificar *in loco* se o sujeito é ou não morador da área adscrita, destaca-se no seu perfil a vigilância da ocupação dos indivíduos em territórios sob sua responsabilidade. Sua identidade, portanto, está vinculada a esta ação burocrática e policalesca de verificador. Conclui-se assim que a valorização da burocracia em nossa sociedade transforma em legítimas as ações que dificultam o acesso dos cidadãos ao cuidado.

Para Silva & Dalmaso (2002), a indisponibilidade de saberes específicos do ACS e a falta de instrumentos que correspondam às expectativas da comunidade levam-nos a trabalhar muitas vezes com o senso comum, construindo sua identidade a partir de situações concretas do cotidiano que surgem na relação com a comunidade e com a sua equipe. Somados a isto, há a indefinição do seu perfil e o insuficiente conhecimento das necessidades da comunidade, o que os faz mais voltados para o pólo institucional, tendência esta que confirma seu reconhecimento social junto à comunidade em que trabalha.

Determinado no seu trabalho de cadastramento, o ACS não se dá conta de que esta forma de organização do trabalho, determinada pela burocracia institucional que se constrói entre CSEGSF e PSF, transforma-o em portador da

“chave” da porta de entrada do sistema de saúde, com riscos concretos à sonhada reformulação da atenção básica, em que a estratégia da saúde da família seria a estruturadora do SUS com seus preceitos constitucionais de acesso universal e igualitário. Conseqüentemente, estas ações permitem a manutenção estrutural desta sociedade por meio da reprodução de iniquidades, tão deletéria para a almejada igualdade entre os cidadãos brasileiros.

A relevância dos risos enunciados tanto na transcrição do relato do caso, quanto nas anotações da observadora do grupo focal, permitem o destaque desta manifestação de satisfação. Os risos aconteceram durante a fala da moradora, decepcionada por não ter encontrado no CSE seus antigos conhecidos, o que a impediu de utilizar este expediente para obter o atendimento médico de que necessitava. Os risos podem ser atribuídos ao fato de que outras agentes relataram casos semelhantes, o que as aproxima nas dificuldades enfrentadas na comunidade, tanto no que diz respeito à legitimidade da função, quanto no reconhecimento social do ACS.

Foram contados tantos casos quanto o número de participantes, mas foram eleitos para análise três deles. O próximo caso, embora sobre o mesmo tema, expõe algumas peculiaridades que serão esmiuçadas. Ele foi trazido por outra agente e está transcrito integralmente aqui:

Não recebeu o agente comunitário; não queria saber do posto, que era porcaria. Aí, um dia, de repente, precisou. Chegou lá, não sabia o sistema, não sabia nada; chegou lá e queria ser atendida, e nem cartão do posto tinha. Tudo bem. Eu falei assim: “A senhora aguarda um pouquinho aí, que eu vou conversar com a minha equipe”. Fui lá dentro, contei... Falei: “Olha, nunca quis saber de agente comunitário, não quis nem ouvir falar do que é PSF. Agora, quer atendimento”. “O que é que você acha?”. “Sei lá, eu acho que é melhor ver o que é que tem, né? Se é alguma coisa séria pra atender agora, e depois ir lá, na casa dela”. Aí, ele (enfermeiro da equipe) falou assim: “Dulce, conversa com ela. Vai lá, e conversa com ela, e pega uma folha de pronto-atendimento, e a gente vê; se ela tiver prioridade, recebe, que a gente ainda vai fazer triagem” – ainda não era com a Fulana de tal, era agente comunitário mesmo pra fazer triagem,

logo que botou as mesinhas. Aí, eu peguei e falei com ela: “Olha.....” (eu fiz questão de priorizar a necessidade de estar aceitando o agente comunitário). Cheguei e falei assim: “Olha aqui, a senhora chegou pra querer o atendimento, mas a senhora não conhece o sistema, entendeu? Todo posto tem um sistema. Nosso sistema aqui tem que chegar até as 8 horas, e a senhora teria que já ter o cartão. No caso, se a senhora tivesse aceitado o agente comunitário, a senhora já saberia disso. Como a senhora não aceitou, a senhora agora está por fora. Então, eu vou te dar uma dica. A senhora está sentindo o quê?”. Ela falou assim: “Ah, eu estou com diarreia, estou com medo de ficar desidratada, que eu já tomei Emozec – até falou o nome errado – e não está adiantando”. Eu falei: “Por que a senhora não foi em Del Castilho?”. “Ah, em Del Castilho não tem médico; já estou voltando de lá, por isso que eu cheguei aqui”. Eu falei: “Então, a senhora aguarda um pouquinho, que o médico vai lhe atender, mas a senhora vai ter que fazer o prontuário, porque senão a senhora não pode pegar remédio. Espera que o médico vai atender; eu vou cadastrar a senhora, e depois a senhora vai ali, abre o prontuário, senão não pega o remédio na farmácia sem a receita”. Aí, ficou tão assim aquela fera, sabe, tão assim, tão educadinha. Eu: “Ai, beleza!”. Assim foi até bom (ACS2).

O caso retrata uma resistência do usuário ao sistema de saúde, provavelmente em consequência de uma história de desencontros entre procura por atenção às suas necessidades e intolerâncias características dos profissionais de saúde. Como uma verdadeira representante institucional, a agente deixou claro para a moradora que “ela estava por fora” não apenas das informações da rotina institucional, mas do próprio sistema de saúde, em uma franca e imperceptível analogia com o sistema de saúde burocrático, cujas portas são mantidas fechadas a quem desconhece sua organização. Melhor dizendo, as portas estão trancadas aos sujeitos que não reconhecem o ACS como um facilitador do seu ingresso naquele lugar. Propagado como estratégia preferencial de entrada no SUS, o PSF, neste caso, acaba por dificultar o acesso da população carente de cuidado, acostumada a enfrentar toda sorte de dificuldades na busca para o alívio de suas “dores”. Em uma frase ressaltada pela própria agente, ela reafirma a utilidade do ACS para a comunidade, oferecendo à moradora o que ela chama de dica para o atendimento.

Guardião da “chave da porta”, o ACS acaba sendo legitimado pelo poder-ajuda que, no sentido tradicional, é opressor e reducionista, ao invés de promotor da

democratização dos saberes. Esta atitude institucional prioriza a tutela em detrimento da autonomia dos sujeitos, aprisionando o cuidado em normas e rotinas, alienando-o de sua capacidade criadora (Pires, 2002). Assim, fica garantida aos ACSs uma aproximação da visão institucional, o que lhes confere o apoio às ações (através de sua equipe de saúde), o reconhecimento social, a referência do que é o trabalho e, em conseqüência, a identidade ocupacional (Silva & Dalmaso, 2002). Neste sentido, o “agente dono da chave da porta” é reconhecido como um sujeito pertencente à sua equipe de saúde da família, tendo garantido a sua identificação por meio da instituição da qual é representante.

Como pudemos observar, o acolhimento foi realizado e a moradora teve seu atendimento feito pelo técnico da equipe, o que justifica o jeito educado com que ela se comportou em face da resolução do seu problema. Em um processo de caracterização de papéis, todos os envolvidos tiveram suas ocupações sociais reconhecidas, mesmo que o acolhimento e a atenção às necessidades da moradora não tenham garantido cuidado emancipador nem a autonomia necessária à transformação dos cidadãos.

Em um terceiro e último relato de caso também procederemos da mesma forma, com a integral transcrição e posterior análise.

Aí, eu fiz o cadastramento todinho, e essa mulher não me atendia (inaudível). Bom, vou deixar ela por último, porque toda vez que eu ia lá, ela dizia que não estava em casa; ela estava em casa, mas não estava; geralmente, (inaudível): “Ah, não estou em casa, não”. Um dia, ela lá dentro: “Não sei o que essa mulher chata quer comigo. Ah, que mulher chata! Fala pra ela que eu não estou em casa”. Aí, eu falei: “Fala pra sua mãe que eu vou embora, mas eu vou voltar”. Um belo dia, eu já tinha recadastrado todo mundo, só faltava a bendita dessa mulher, que tinha seis filhos; ela tinha o cadastramento, mas eu tinha que fazer recadastramento, pegar documentos; porque na época de Beltrana de tal não tinha necessidade de documentos; de 2004 pra cá tem que ter documento na ficha. Quando eu estou preparada pra Dona Simone, ela estava de porta aberta, estava sentada assim. Eu falei: “Boa tarde. Tudo bem, Simone?”. “Tudo bom”. “Você tem dois minutinhos do seu tempo pra me dar?”. Aí, ela: “Ah, porque eu estou muito ocupada hoje”. “Só dois minutos. Prometo que não vou ultrapassar isso”. “Ah, tá bom”. “Posso

entrar?”. “Ah, pode”. “Você sabe que eu sou agente de saúde, trabalho no Programa de Saúde da Família – aí expliquei o que é que era o Programa Saúde da Família – e quando for lá pra 2010, só vai ser atendido no Sistema Único de Saúde quem for cadastrado no PSF, nas localidades onde existir PSF, porque vai vir um cartão nacional de saúde. Quem não tiver o cartão nacional de saúde, não vai ter atendimento; você não vai ter atendimento no posto de Del Castilho, que é onde você leva os seus filhos, não é?”. “É”. “No HGV (Hospital Geral de Bonsucesso), lá no Fundão (Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Você tem dinheiro pra pagar hospital particular?”. “Ah, não”. “Então, se você não fizer o seu cadastramento, se você não cadastrar direito, no futuro, quando o governo federal, o governo do estado, o governo municipal enviar[em] pra cada família o seu cartão nacional de saúde, você não vai receber o seu, e você e os seus filhos não vão ter atendimento, vão ter que ter dinheiro pra pagar hospital particular”. Aí, eu: “Era só isso que eu tinha a dizer. Obrigada. Boa tarde”. “Não, não, não, 'pera' aí! Você precisa dos documentos? 'Pera' aí que eu vou procurar”. Rapidinho ela foi lá, revirou tudo; eu fiquei lá quase uma hora, ela revirando pasta pra achar certidão de nascimento; tinha uma menina que não era registrada. “E aí, por que essa menina não é registrada?”. “Ah, porque eu estou esperando o pai dela registrar”. Nunca mais ela me chamou de chata, nem deixou de me atender. “O que essa mulher chata quer falar comigo? Eu não tenho nada pra falar com ela”.(ACS2)

Este caso, assim como o anterior, retrata uma resistência da comunidade ao PSF. Entretanto, podemos interpretar esta resistência a partir de outros aspectos. O itinerário terapêutico da população carioca transformou-se nos últimos anos em uma verdadeira peregrinação, e as emergências dos hospitais da cidade vêm se constituindo porta de entrada ao sistema de saúde. Por outro lado, a promessa de campanha eleitoreira da Prefeitura do Rio de Janeiro – ampliação da cobertura da atenção básica através do *Saúde da Família* – que não se efetivou, causou frustração nos munícipes da cidade.

Além disso, também não podemos esquecer que os moradores de Manguinhos tinham vínculos formados com os profissionais de saúde do CSEGSF há muitos anos. Neste sentido, por todos os argumentos supracitados, é impossível desconsiderar que as ACSs de Manguinhos fazem um trabalho extra no convencimento da população de que o PSF é uma estratégia irreversível. Por vezes admitimos a possibilidade de que os próprios ACSs tenham dúvidas, uma vez que já

houve atrasos na renovação do convênio entre a Prefeitura e a FIOTEC, o que causou sobressaltos sobre a continuidade do PSF em Manguinhos e, em consequência, sobre a vinculação ocupacional dos ACSs.

Entretanto, ao analisarmos a fala desta ACS, recorremos à investigação relevante de Trapé (2005) sobre as práticas educativas do ACS, na qual a autora descreve em suas considerações finais que o ACS acaba por lançar mão de “estratégias de convencimento e amedrontamento”, visando condicionar a comunidade a fim de conseguir que suas orientações sejam seguidas (Trapé, 2005:178). Já nos referimos em outro capítulo como a práxis reiterativa pode ter um efeito alienante no processo de trabalho do ACS que, por não compreender a intenção final das suas ações, torna-se impotente diante de certas situações. Em função de uma educação em saúde historicamente normativa e coercitiva no Brasil, Trapé investiga se os ACSs poderiam estar produzindo suas ações de maneira a repetir esta educação autoritária. De acordo com uma educação típica da moderna saúde pública, que responsabiliza o indivíduo por seus atos e o culpabiliza pelas suas doenças, ficam em suas mãos as mudanças necessárias para a redenção das próprias atitudes (Salum, 1999 *apud* Trape, 2005).

Neste mesmo sentido, nós podemos evocar também Costa, quando aborda a ordem médica do início do século passado, segundo a qual a educação higienista responsabilizava o indivíduo quando este se atrevia a negar as ordens médicas características da educação sanitária normativa e civilizatória daquela época. O autor assim se refere à humanidade no período pós-higiênico: “Toda boa ação higiênica contribuía para seu aperfeiçoamento; toda infração aos preceitos médicos, para sua destruição” (Costa, 2004:149).

Desta forma, podemos analisar o constrangimento da persuasão intimidadora da ACS cujo depoimento transcrevemos acima como o único recurso disponível a ela, uma vez que seu saber conservador foi adquirido em serviço, sem ter lhe dado as condições de instrumentalizar-se para o enfrentamento de situações deste tipo. Sem a consciência de que nem sempre o fim justifica os meios utilizados, a ACS sente-se orgulhosa de ter conseguido ultrapassar os obstáculos enfrentados.

A limitação da sua qualificação, baseada na visão biomédica da saúde e que desconsidera a história sociocultural de sua gente, mantém a alienação desta trabalhadora, incapaz de reconhecer na ação da usuária uma maneira de protesto incontestado contra a forma de produção de cuidado em saúde.

As três últimas narrativas transcritas integralmente expõem a construção da captura deste emergente profissional de saúde pelo poder institucional hegemônico através de vertentes distintas, mas todas superáveis. Esta superação será possível com uma qualificação técnico-profissional que possibilite a participação deste trabalhador no processo de geração de conhecimento. A problematização de fatos como os que foram descritos pode suscitar a compreensão pelos ACSs de suas ações na direção da *práxis reiterativa*, acrítica e sem poder transformador. A teorização de fundamentos importantes para o conhecimento histórico-social e político da saúde é peça vital para a sua formação.

Em decorrência de tudo o que foi exposto, procuraremos no nosso próximo capítulo – o das considerações finais – não apenas constatar que o objetivo desta dissertação foi alcançado, mas sobretudo propor o que a nosso ver é a única forma de escapar de uma teia de relações institucionais capturadora não só dos ACSs, mas de todos os trabalhadores da saúde deste país.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se não houvesse utopias, imperariam os interesses menores. Todos se chafurdariam no pântano de uma história sem esperança porque sempre dominada pelos mais fortes
Leonardo Boff

Estamos conscientes de que nossa investigação é um estudo de caso, e um caso muito particular. Existem várias especificidades. A inserção de equipes de saúde da família em parte da área de responsabilidade sanitária de um Centro de Saúde Escola; a execução de muitas das atividades de todas as equipes nas dependências da unidade referida; a coordenação mista das equipes realizada por CSEGSF / ENSP / FIOCRUZ e a Prefeitura do Rio de Janeiro; a formalidade de vinculação ao trabalho destes trabalhadores da Saúde compõem um caso especial.

A pesquisa foi realizada em uma área favelizada de uma metrópole brasileira que tem um dos maiores parques hospitalares instalados, embora em franca deteriorização. Não desconsideramos as conseqüências destas especificidades, tanto na análise do material empírico, quanto nas conclusões finais a que chegamos, pois isto seria leviano. Mas podemos afirmar que muitos dos achados desta investigação nos ajudaram a compreender fatos que acontecem em outros tantos lugares deste país continental. O sentimento de exclusão presente em nosso estudo, que pode ter sido supervalorizado por já ser inerente aos sujeitos residentes nas favelas dos grandes centros metropolitanos, talvez não seja diferente daquele de outros ACSs investigados em cidades menores com grau de desenvolvimento distinto (Ávila, 2006; Silva & Dalmaso, 2002).

A monopolização pelos ACSs do acesso dos usuários aos serviços de saúde também pode ter sofrido algum tipo de supervalorização no caso de Manguinhos. A

forma com que o CSEGSF organizou a abertura do prontuário único da Unidade Básica determina a maneira como os ACSs devem realizar o cadastramento dos moradores das áreas adscritas. Além de se tratar de uma área com grande mobilidade da população residente, sabe-se que há também um deslocamento temporário de parentes de moradores em busca dos serviços de saúde inexistentes em bairros e, principalmente, em municípios vizinhos. Há a necessidade, então, de revisitar a família para comprovar a incorporação de um novo membro e, conseqüentemente, cadastrá-lo. Assim, ver para crer é um dos meios de garantir a atualização do cadastro familiar. Entretanto, o papel de dono da chave da porta de entrada ou de guardião da vigilância que o agente exerce pode apresentar muitas semelhanças com outros lugares.

Para além das particularidades, podemos então construir algumas reflexões a partir desta modesta pesquisa, e compartilhá-las com os mais diversos atores da luta em favor da saúde como direito de cidadania.

O foco no ACS como proposta de trabalho, além de ser instigante por sua atualidade, traz com ele questões intrinsecamente relacionadas ao *Programa da Saúde da Família* como estratégia política revolucionária da atenção básica em nosso país. A importância da contribuição dos (a)fazeres dos agentes é inquestionável, mas há a necessidade de se teorizarem suas práticas para que o desempenho ocupacional seja efetivo na transformação do cuidado.

Na percepção de um sentimento de exclusão, quase consensual entre os ACSs de Manguinhos, existe uma denúncia de sua baixa valorização e de sua estigmatização por serem os únicos membros da equipe de saúde da família a não possuírem uma referendada qualificação profissional. Este fato distingue-os como membros menores ou inferiores das equipes e os faz assumir seu lugar social no

último nível da hierarquia da divisão do trabalho na equipe de saúde. Tal sentimento é possivelmente agravado pela forte relação institucional com o CSEGSF, exacerbando assim suas queixas. Mas este sentimento misto de exclusão e subjugação não é privilégio dos ACSs de Manguinhos, como podemos verificar em outras tantas referências (Ávila, 2006; Reis, 2005; Wai, 2007).

A valise tecnológica dos ACS de Manguinhos, contém a paciência como um importante recurso. Como se a identificação com os sofrimentos dos membros da comunidade lhes permitisse suportar com perseverança todas as suas próprias adversidades. Sensíveis a relevância de escutar o outro, referem-se a esta habilidade como se fosse inata. Os agentes levantaram, desta forma, uma questão interessante na identificação do seus perfis.

As intervenções em saúde que norteiam as atividades cotidianas dos serviços de saúde tradicionais – e lamentavelmente também as das equipes de saúde da família do PSF – estão ainda limitadas a uma compreensão biológica do processo saúde-doença. A promoção da saúde fica assim restrita a orientações normativas, calando o diálogo necessário ao desenvolvimento da autonomia a partir de uma visão emancipadora do cuidado. A aproximação do agente com a sua equipe parece estar na razão direta da obediência às normas grupais. É neste contexto que podemos compreender a razão da reprodução de discursos normativos não-dialógicos proferidos pelos ACSs. Talvez mais do que simples aproximação, o desvio das normas institucionalmente construídas pode ocasionar punições, com perda do poder ou do *status* de integrante do grupo (Elias & Scotson, 2000). Ofusca-se, então, a oportunidade de desenvolver a almejada autonomia dos sujeitos.

Desta maneira, a identidade ambivalente do agente resulta de uma dinâmica relacional confusa em que inclusão e exclusão se alternam em contextos diversos

(Silva & Dalmaso, 2002). Em nossa investigação, as conformações grupais deste contexto sociorrelacional expõem sentimentos de inclusão para com a sua equipe de saúde da família, e de exclusão diante dos profissionais do CSEGSF, por vezes mascarando outras assimetrias de poder impostas à própria equipe. Não por acaso, uma agente refere-se à médica de sua equipe da seguinte maneira: “eu tenho uma médica muito povão”.

A sensação de sobrecarga de trabalho tem relação com os fatos, já que o número de famílias sob a responsabilidade dos ACSs de Manguinhos está acima do que é preconizado. A apreensão e o medo a que estão submetidos todos os que residem em Manguinhos em tempos de confrontos quase diários entre bandidos e policiais, em uma explícita demonstração de força militar, são enormes. Impossível não reconhecer que o trabalho diário realizado pelos ACSs nas ruas e nos becos dessas comunidades está sujeito a sobressaltos, o que gera tensão extra. Todos estes fatores conspiram para o prejuízo na implantação de mudanças das formas de atenção.

Os ACSs reconhecem a atribuição de promoção de saúde como impactante nas transformações de que são protagonistas, mas reconhecem também que não são capazes de realizá-las pelas escolhas a que são submetidos diariamente. Foram diversos os relatos de que suas planilhas de visita domiciliar caem por terra diante das mais diversas situações que os desviam do cumprimento do seu planejamento. Estes desvios acontecem aparentemente por interferência dos próprios moradores, em função das suas constantes solicitações durante o percurso planejado pelo ACS para realizar suas visitas domiciliares. As carências da população desta localidade são determinantes sociais não apenas de produção de doenças, mas também de

problemas que transcendem à possibilidade de resolução pelos profissionais de saúde.

Na quase totalidade do seu tempo, os ACSs ocupam-se com questões de doenças em detrimento das questões de saúde. Apesar das muitas estratégias elaboradas pelos agentes para cumprirem as suas atribuições de visita domiciliar, fica evidente uma hipertrofia da vigilância dos agravos da população, trazendo o prejuízo da promoção da saúde. Se nos reportarmos à contribuição de Silva & Dalmaso (2002) e atentarmos para as duas dimensões do perfil ocupacional do ACS – a técnica e a política – poderemos concluir que ambas realmente não existem para a análise dos ACSs de Manguinhos, dada a supremacia da dimensão técnica.

O desejo, ou melhor, a pretensão de se fazer uma intervenção coletiva para a melhoria das condições de vida de sua população é mais uma decepção para toda a equipe, incapaz de alterar a realidade com seus limitados recursos, tantas são as dificuldades sociais e econômicas existentes. Esta limitação é agravada pela imposição das facções do tráfico de drogas que, por vezes, inviabilizam mobilizações comunitárias sem a sua autorização. Realidade tão dura tem um papel resignante para os ACSs, o que se comprova através de um depoimento emocionado de uma integrante do grupo focal, para quem a oportunidade de trabalhar como ACS possibilitou esta reflexão: “Então, fui conhecendo as pessoas, os problemas; aí fui vendo que o meu problema... o peso era bem pequenininho, entendeu? Então, pra mim, foi muito importante”.

A medicalização social, como sinônimo de iatrogênese social decorrente da crescente dependência da população à autoridade médica, seja a partir da prescrição de medicamentos, seja das normas preventivas, é reconhecida pelos ACSs de Manguinhos como um mal que rouba dos moradores a saúde como uma

responsabilidade individual conferindo-lhes o papel de doentes (Illich *apud* Nogueira, 2003). Apesar deste reconhecimento, cada agente se apropria do papel de dono da chave da porta de entrada do PSF de Manguinhos, melhor dizendo, do próprio SUS. Ele assume, assim, o monopólio da assistência à saúde, não concorrendo para transformações da produção do cuidado em saúde – este considerado central para a política pública da atenção básica através da *Estratégia da Saúde da Família*.

O **ser** agente, ou sua identidade, poderá vir a ser definido se o seu **saber** ampliar horizontes no sentido da politização do seu **fazer**. A profissionalização pretendida será insuficiente para o cumprimento de suas atribuições, caso suas ações se afastem da intenção de emancipação dos sujeitos. Não falo da dualidade, já bastante discutida, entre identidade institucional e identidade comunitária. A superação desta questão está na sua própria indissociabilidade. Para tanto, somente a formação técnica do ACS, baseada na problematização dos temas levantados nesta dissertação, poderá superar ações mantenedoras de assimetrias de poder.

A teorização de fundamentos histórico-sociais e políticos permitirá a ele a compreensão crítica de sua prática no sentido da própria autonomia – esta, antônimo de independência, sinônimo de dependência recíproca. Neste sentido, deverão ser superadas as metodologias que reforcem o lugar social do ACS no último nível da hierarquia da divisão do trabalho em saúde. Assim, será possível que ele venha a ser um sujeito capaz de reconhecer contextos de ajuda-poder e, a partir daí, utilizar o cuidado na direção da desconstrução das assimetrias de poder.

Apenas desta forma se poderá impedir a captura dos ACSs por poderes hegemonicamente institucionalizados. Então, e só então, será possível veicular um saber emancipador, construtor de autonomias, mitigador de desigualdades, através do qual a utopia tornar-se-á realidade.

BIBLIOGRAFIA

ÁVILA, M. M. M. *O programa de Agentes Comunitários de saúde: o caso de Uruburetama*. Tese de Doutorado em Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ARCHIDAMINI, I. M. Saupé. R. "Grupo focal – Estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico". *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.9, n.1, 2004.

ASSUNÇÃO, R. S. *O agente comunitário de saúde e sua práxis no Programa de Saúde da Família no município de Divinópolis-MG*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

BACHILLI, R. G.; Scavassa, A. J. & Spiri, W. C. "A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (1):51-60, 2008.

BICALHO, L. R. *Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2005.

BOFF, L. *Saber Cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra*. 14.ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços; institucionaliza a descentralização e as relações entre União, estados e municípios em relação às políticas de saúde. Em: http://ctr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/lei_organica8080_28_12_90.pdf Acesso em 20/09/2007.

_____. Lei nº. 8.142 de 28/12/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e determina outras providências. Em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/lei_organica8142_28_12_90.pdf .Acesso em 20/09/2007.

_____. Portaria GM/MS nº. 1886 de 18/12/1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em jan. 2008.

_____. Portaria GM/MS nº. 3925 de 13/11/1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo desta Portaria Em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf. Acesso em jan. 2008.

_____. Decreto nº 3.189 de 4/10/1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e determina outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 5/10/1999.

_____. Lei nº. 1.507. Cria a profissão de Agente Comunitário de saúde e determina outras providências. Brasília, 10/07/2002. Em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/lei-10507_10_07_02.pdf Acesso em 20/09/2007.

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB. Proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde. Brasília, 8/07/2004a. Em: <<http://portal.mec.gov.br/ai/index.php?option=content&task=iew&id=79&Itemid=209>>. Acesso em 4/06/2007.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. "Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos

principais resultados". (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), Rio de Janeiro, 2005. 210p.

_____. Ministério da Saúde/ SAS/DAB. "Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde". Brasília, DF, 2006.

_____. Lei nº. 11.350 de 5/10/2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006, e determina outras providências. Em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350_05_10_06.pdf. Acesso em jan. 2008

_____. Portaria GM/MS nº. 648 de 28/03/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf Acesso em 20/09/2007.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações sobre as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=33&VMun=330455&VComp=200712. Acesso em 20/09/2007.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em 10/01/2007

CAETANO, R. & DAIN, S.: "O programa de Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios". *Physis – Revista de Saúde Coletiva* (CEPESC/ IMS/ UERJ), v.12, n.1, 2002.

CAMARGO Jr., K. R. “Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado)”. In: Pinheiro, R. & Mattos. R. A. de (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004.

_____. “Apresentação”. In: Pinheiro, R. & Mattos. R. A. de (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004.

CAMPOS, E. M. S. *A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS – a perspectiva de quem molda sua operacionalização*. Tese de Doutorado em Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COUSSEAU, M. E. P. *Perfil dos agentes comunitários de saúde do programa de saúde da família do município de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado em Saúde na Comunidade, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

DORIGHETTO, E. *Educação permanente em saúde: uma estratégia em construção para a gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

ELIAS, N.; Scotson J. L.: *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Jorge Zahar Ed. – Rio de Janeiro -2000.

FARIA, T. W. “Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil – vinte anos da reforma”. Trabalho para apresentação junto ao Ministério da Saúde no contrato com o Projeto Nordeste II. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Projeto BRA/90-032, 1996.

_____. “Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil – vinte anos da reforma” (parte 3). Trabalho para apresentação junto ao Ministério da Saúde no

contrato com o Projeto Nordeste II. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Projeto BRA/90-032. Relatório Final, 1997.

FAUSTO, M. C. R. *Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde, IMS/ UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

FAVORETO, C. A. O. & CAMARGO JR., K. R. "Alguns desafios conceituais e técnicooperacionais para o desenvolvimento do programa da saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial". *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, 2002.

FERRAZ, L. *Agente comunitário de saúde e seu papel no Programa de Saúde da Família em Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Luterana Do Brasil, Canoas, RS, 2002.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 22.ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2006.

GUEDES, C. R. *A subjetividade como anomalia: estratégias para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina*. Tese de Doutorado em Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GIFFIN, K. & SHIRAIWA, T. "O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 5 (1); 24-44, jan/março 1989.

KLIGERMAN, D. C. *et al.* "A experiência do programa Universidade Aberta e suas contribuições para a transformação social". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, suplemento, ABRASCO, 2005.

KRUEGER, R. A. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Fifth printing. California: Copyright Sage Publications California, 1990.

LEVCOVITZ, E.; DIAS, L de L. & MACHADO, C. V. "Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6 (2):269-291, 2001

MATTOS, R. A. "Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos". In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2001.

_____. "Cuidado prudente para uma vida decente". In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004.

_____. "Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade". In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. & MATTOS, R. A. de (orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002.

_____. "A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas". In: Merhy, E. E. & ONOCKO, O. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. "Qualidade de vida e saúde: um debate necessário". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5 (1):7-18, 2000.

MOREIRA, M. R.; NETO, O. C. & SUCENA, L. F. M. "A relação dos profissionais do Programa Saúde da Família com o contexto de exclusão social da população atendida". *Revista Saúde em Foco*, Rio de Janeiro, 23:65-81, 2002.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D'A. & Guimarães, C. C. "O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional". *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.5 n.2, p.261-280, 2007. Disponível em: <http://www.revista.epsiv.fiocruz.br/>

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. & MARINS, R. S. *Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. & RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o Agente Comunitário de Saúde. IPEA. Texto para Discussão nº 735, Rio de Janeiro, junho de 2000.

NOGUEIRA, R. P. "O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social 'comunitarista'". *Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, SP, v.6, n.10, p.75-94, fev 2002.

NOGUEIRA, R. P.: *A saúde pelo avesso*. Natal, RN: Seminare, 2003.

NUNES; M. de O. *et al*; "O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (6):1639-1646, nov./dez., 2002.

OMS – Organización Mundial de Salud. *Atención Primaria de Salud*. Ginebra, 1978.

PAIM, J. S. "Política de descentralização e atenção primária à saúde". In: Rouquayrol, M. Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PINHEIRO, R. "As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade". In: Pinheiro, R. &

Mattos. R. A. de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. L. "Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano". In: _____. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, CEPESP/ UERJ. ABRASCO, 2005

PIRES, M. R. G. M. *Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil*. Dissertação de Mestrado em Política Social, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, UNB, Brasília, 2001.

_____. "Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde no Brasil". *Revista Ser Social*, Brasília, n.10, 2002.

_____. *Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*. Tese de Doutorado em Política Social, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, UNB, Brasília, 2004.

REIS L. B. Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória. Dissertação de mestrado em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo, 2005.

RIO DE JANEIRO (Prefeitura). Saúde-Rio/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

SANTOS, B. S. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, J A. *Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1984.

SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. 20.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002a. 240p.

_____. "O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde". *Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, SP, v.6, n.10, p.75-96, fev. 2002.

SOUSA, M. F. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. 2.ed. rev. São Paulo. Editora Hucitec, 2003.

SOUZA, S. P. S. *A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado em Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

TESTA, M. "Planejamento em Saúde: as determinações sociais". In: Nunes, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985.

TOMAZ, J. B. C. "O agente comunitário de saúde não deve ser um 'super-herói'". *Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

TRAPÉ, C. A. *A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. "A Reforma de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família". *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 225-264, 2005.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R. & HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WAI, M. F. P. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na estratégia de Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ZANCAN, L. & Bodstein, R. "Dlis-Manguinhos como estratégia de promoção da saúde". *Revista Saúde em Foco / Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, nº 23, julho 2002.

ANEXOTermo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulada “Agente comunitário de Saúde: A construção de um poder capturado”. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Emilia Maria de Andrade Correia, e que será utilizada como subsídio a sua dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Poderei me contatar com pesquisadora a qualquer momento que julgar necessário através dos telefones n° 8867-9543 / 2571-7019 / 2598-2795 ou e-mail bilacorreia@superiq.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais trata das atribuições dos agentes comunitários de saúde, das Equipes de Saúde da Família de Manguinhos que tem no CSEGSF a sua unidade básica responsável. O objetivo da análise das ações visa verificar em que medida elas contribuem para o desenvolvimento do cuidado através de um modelo usuário centrado.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista em grupo, também denominado grupo focal, sendo gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisadora e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (X-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (X-21) 2264-1142.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Nome do participante

_____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) participante

_____ Data ____ / ____ / ____

Emilia Maria de Andrade Correia – Pesquisadora

Foto de satélite do bairro de Manguinhos, com destaque feito para a área-território do CSEGSF



Fonte: Trabalho apresentado pelas Equipes de Saúde de Família de Manguinhos em 2006.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)